



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CONFORTO, O CUIDAR EM ENFERMAGEM

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por,
Isabel Godinho Relvas

Lisboa, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

CONFORTO, O CUIDAR EM ENFERMAGEM

COMFORT, THE CARE NURSING

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por,
Isabel Godinho Relvas

Sob orientação de Professora Doutora Maria de Lurdes Martins

Lisboa, 2019

“Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão”

João Lobo Antunes (2015)

AGRADECIMENTOS

A ti *Diogo*, pelo teu apoio incondicional e pela compreensão que foste capaz de ter, quando por momentos tive de estar mais indisponível.

Ao meu filho, *José Diogo*, pela força que me transmitiu, apesar de não o saber, tornou-se uma peça fundamental e porque ele próprio faz parte integrante deste Mestrado.

Aos meus *pais* por me transmitirem os valores, que fazem de mim a pessoa que sou hoje, e por todo o incentivo e motivação.

À minha *família*, em especial aos meus sogros, por todo apoio.

À *professora Doutora Maria de Lurdes Martins* pela confiança em mim depositada e pela disponibilidade sempre demonstrada.

A todos os outros *professores da Universidade Católica Portuguesa*, Instituto de Ciências da Saúde, um agradecimento pela exigência e dedicação.

Aos Enfermeiros que me orientaram, *Ana Correia, Tânia Pires e Marlene Espírito Santo*, um obrigado pela paciência e empenho tido para que eu conseguisse desenvolver-me não apenas enquanto profissional, mas enquanto pessoa. Bem-haja pela inspiração.

A todos os *doentes e profissionais de saúde* que se cruzaram neste caminho e que me levaram a refletir e a procurar ser mais e melhor profissional.

RESUMO

O presente relatório descreve, analisa e reflete o percurso realizado no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), com base na aquisição e desenvolvimento de competências descritas no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional. Neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências, para além da componente teórica, este também deteve uma componente prática, no âmbito da unidade curricular de Estágio Final e Relatório. Este meu percurso, na componente prática, dividiu-se em dois locais de Estágio distintos, o primeiro, numa Unidade de Cuidados Intensivos Especializada e posteriormente numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos.

Transversalmente aos dois estágios, a minha intervenção visou refletir e analisar a promoção do conforto como máxima no ato de cuidar em enfermagem. Confortar ou promover conforto, esteve desde sempre associado ao ato de cuidar, como nos recordam Nightingale (1946) e Collière (1999). Ligado tradicionalmente à dimensão física da pessoa, confortar parece ser um processo bem mais abrangente, nomeadamente quando definido como um processo de cuidados que visa contribuir para um conforto holístico do doente, abrangendo as dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental como enuncia Kolcaba (2003). Como prática dos cuidados de enfermagem e necessidade inquestionável e incontornável, para preservar a dignidade humana e a qualidade de vida da pessoa cuidada, tornou-se pertinente definir como tema central deste nosso percurso – Conforto, o Cuidar em Enfermagem.

Neste relatório é colocado em evidência a responsabilidade do Enfermeiro Especialista perante a sociedade que integra, ou seja, enquanto Enfermeiros Especialistas temos a responsabilidade acrescida de refletir sobre as problemáticas sociais e as nossas práticas profissionais, com outro olhar crítico a fim de melhorar a qualidade dos cuidados e conseqüentemente os indicadores de qualidade em saúde, tendo como foco principal a pessoa cuidada.

Palavras chave: Conforto, Enfermeiro Especialista, Competência

ABSTRACT

This Activities Report, analyzes and reflects the course accomplished at the level of the Master's Degree in Nursing, in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, taught by the Instituto das Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), based on acquisition and development of competences described in the General Regulation of the Master's Degree in Nursing of a professional nature. In this process of acquisition and development of skills, in addition to the theoretical component, this also had a practical component in the final stage and report curricular unit. This my path in the practical component was divided into two distinct Stage sites, a Specialized Intensive Care Unit and a Continuous and Palliative Care Unit.

Transversally to both stages, my intervention aimed to reflect and analyze the promotion of comfort as the maximum in nursing care. To comfort or to promote comfort has always been associated with the act of caring, as Nightingale (1946) and Collière (1999) remind us. It has been traditionally linked to the physical dimension of the person, and it seems to be a much broader process, namely when it is defined as a care process that aims to contribute to a patient's holistic comfort, encompassing the physical, psycho-spiritual, sociocultural and environmental dimensions as stated by Kolcaba (2003). As a practice of nursing care and unquestionable and indispensable need to preserve human dignity and the quality of life of the person cared for, it became pertinent to define as central theme - Comfort, Nursing Care.

This document highlights the responsibility of the Specialist Nurse to the society that integrates it, that is, as Specialist Nurses we have an increased responsibility to reflect on social problems and our professional practices, with another critical view in order to improve the quality of health care and consequently the indicators of quality in health with the main focus being the person cared for.

Keywords: Comfort, Nurse specialist, Skills

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA – American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Assistência Ventricular Externa

CH - Centro Hospitalar

DGS - Direção Geral de Saúde

ICN - International Council of Nurses

MeSH - Medical Subject Headings

PBE - Prática Baseada na Evidência

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SCI - Serviço de Cuidados Intensivos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

TAC - Tomografia Axilar Computorizada

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	21
1. O CONFORTO EM CUIDADOS INTENSIVOS – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	25
1.1. INTRODUÇÃO.....	25
1.2. METODOLOGIA.....	26
1.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
1.4. CONCLUSÃO	30
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	33
2.1 .UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	37
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	65
APENDICE I	
REFLEXÃO CRÍTICA – A Gestão da Esperança de um doente com Assistência Ventricular Externa	67
APENDICE II	
REFLEXÃO CRÍTICA – Transporte inter hospitalar de doentes críticos	76
APENDICE III	
REFLEXÃO CRÍTICA – O conforto daqueles que ‘já não há mais nada a fazer’ ..	84
APENDICE IV	
REFLEXÃO CRÍTICA – Quando comunicar é mais do que transmitir informação	92
APENDICE V	
Journal Club: “Cuidados Paliativos, os Cuidados Intensivos do Conforto”.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Protocolo da Pesquisa	2
---	----------

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Sistematização da análise dos artigos selecionados	31
--	-----------

INTRODUÇÃO

A realização do presente Relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa. Surge como exigência pedagógica e parte integrante de metodologia de avaliação, no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, constituindo um documento ilustrativo do percurso desenvolvido durante o estágio, representando uma mais-valia em termos de futuro, pois sistematiza todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista e as descritas no guia do Curso de Mestrado.

Os estágios decorreram em duas instituições hospitalares, uma pública e uma privada, no período de tempo entre três de setembro de dois mil e dezoito a vinte de dezembro do mesmo ano.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4744) refere que, *enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de Enfermagem”* .

Partindo daqueles que são os objetivos e competências gerais para o grau de Mestre em Enfermagem, segundo a UCP, este grau será conferido a quem demonstre em geral:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de Licenciatura em enfermagem, incluindo no domínio da investigação;

- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de especialização em Enfermagem;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Deste modo, este relatório tem como objetivo geral descrever e analisar, de forma crítica e reflexiva, as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tomando por análise os objetivos gerais e específicos por mim desenvolvidos em cada local de estágio, as competências enunciadas na folha de avaliação dos estágios, as experiências vivenciadas e as intervenções realizadas à pessoa em situação crítica.

Em termos estruturais, o presente documento encontra-se dividido em três capítulos: **Capítulo 1** – apresentação da revisão integrativa da literatura denominada “O Conforto em Cuidados Intensivos”, tendo como objetivo identificar as necessidades de conforto dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos; **Capítulo 2** – descrição e análise crítica das competências desenvolvidas. Esta é realizada de forma individualizada para cada local de estágio, pelo que o capítulo dividir-se-á em dois subcapítulos (Estágio I – Unidade de Cuidados Intensivos; Estágio II – Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos); e por último **Capítulo 3** – Apresentação das Considerações Finais.

Enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais, atualmente em funções num Departamento de Medicina e Especialidades Médicas, há 5 anos, foi sentida a necessidade de aprofundar conhecimentos na área de especialização em

enfermagem Médico-Cirúrgica com o intuito de continuar o meu processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal. O facto de não existir nenhum Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica no meu serviço levou-me a ter mais vontade para adquirir mais competências, com vista a uma prática de cuidados especializada e com uma tomada de decisão fundamentada e reflexiva, tendo por base a melhor evidência científica.

Como é de conhecimento geral, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. Perante o artigo nº9 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro) *consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.* Assim podemos extrapolar que os cuidados ao doente estão a cargo do enfermeiro em parceria com outros profissionais, mas o facto de estarmos continuamente com os utentes 24h por dia e 365 dias do ano, faz com que possamos afirmar que Cuidar é a essência da Enfermagem, e a sua maior responsabilidade.

Tendo isto em conta, e no decorrer do Estágio e do presente Relatório, houve a necessidade de recorrer à integração da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, uma vez que as situações vivenciadas colocaram em evidência que o meu sentido crítico e reflexivo dos cuidados prestados ao doente, tinha sempre como ponto-chave o conforto do mesmo. Enquanto teoria de enfermagem esta reúne um conjunto de conceitos relacionados que provêm de modelos de enfermagem, por outro lado, sendo uma teoria de médio alcance caracteriza-se como estando a um nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque inclui pormenores característicos da prática de enfermagem (Dowd, Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto, 2002). Kolcaba (2002) citado por Sousa (2004) considerou *“o conforto de importância básica, sendo contextualizado ora como um objeto da enfermagem, ora como um estado relativo ao doente, destacando a importância de um compreender na multidimensionalidade do processo de cuidar”* (Sousa, 2014). Também Leninger (1988, 1990) citada por Sousa (2004) refere-se ao conforto como um constructo *“major”* da taxonomia do cuidar, tornando-se fundamental

enquadrá-lo no contexto cultural, isto é, ter em conta o significado que cada pessoa, família e grupo lhe atribui para que se possam prestar cuidados holísticos, culturalmente congruentes, de acordo com as necessidades (Sousa, 2014).

Segundo Kolcaba, o conforto é definido como *“a condição experienciada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”* (Dowd, Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto, 2002). No que diz respeito aos conceitos metaparadigmáticos, Kolcaba define enfermagem como *“apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação, comparados com a anterior linha de base* (Dowd, Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto, 2002).

Suportei ainda o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional, fundamentado no Modelo Teórico de Patrícia Benner, modelo que teve como base o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências (1986), e que estabelece cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Com base nele, expressei o meu aperfeiçoamento enquanto enfermeira numa prática baseada na evidência e que se traduz na qualidade de excelência dos cuidados de enfermagem.

Assim e após identificadas as teorias, princípios e modelos nos quais fundamentei o meu raciocínio crítico, pretendo, com a elaboração deste relatório evidenciar o percurso desenvolvido ao longo desta unidade curricular, Estágio Final e Relatório. As minhas escolhas para o local de estágio foram guiadas pela vontade de conhecer e analisar duas realidades disparens na abordagem ao doente crítico e sua família, bem como a abordagem das equipas multidisciplinares no que diz respeito ao conforto.

Para elaborar este relatório a norma de referenciação utilizada será a APA.

1. O CONFORTO EM CUIDADOS INTENSIVOS – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1.1. INTRODUÇÃO

A essência da Enfermagem está no cuidar, e como tal, pressupõe-se que o cuidado seja eficiente e prestado de forma humanizada, mas este torna-se por vezes o mais difícil de ser implementado. As Unidades de Cuidados Intensivos envolvem dinâmicas diárias complexas, monitorizações contínuas, múltiplos equipamentos tecnológicos com alarmes sonoros e que, muitas vezes, escondem o ser humano para além daquela panóplia de máquinas, fazendo com que os profissionais de saúde possam desvalorizar o tocar, o conversar e o ouvir o ser humano que está á sua frente, desprovido de tudo. E aqui começa a dignidade humana, o enfermeiro na maioria das situações, e neste caso em concreto, não se encontra em pé de igualdade para com o paciente. Este está vestido, em pé e saudável, o paciente está despido das suas coisas, deitado e doente. Aqui começa o respeito pela pessoa e pela sua dignidade intrínseca. O respeito pela dignidade humana, em sentido abstrato, constitui um fundamento essencial para justificar a decisão ética de enfermagem (Deodato, 2014).

No entanto, o cuidar não se restringe à execução de técnicas, mas envolve o paciente como um todo, com histórias, sentimentos e expectativas. (Pott, Stahlhoefer, Félix, & Meier, 2013). Salienta-se que a qualidade dos cuidados depende não apenas da competência técnica, mas também da habilidade da interação. Como destaca Hesbeen (1997) *Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimentos, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação mais singular* (Hesbeen, 1997). Deste modo, a humanização e a pessoa, devem ser o centro dos cuidados, no respeito pela sua autonomia e dignidade, proporcionando-lhe conforto, com apoio da tecnologia mas sem nunca a priorizar.

No sentido de fundamentar as nossas intervenções realizámos esta revisão integrativa seguindo a metodologia a seguir descrita.

1.2. METODOLOGIA

Partindo deste quadro de referência, o tema que nos acompanhou na prossecução dos objetivos foi o conforto, pelo que, e no sentido de suportar nosso agir, com base na melhor evidência, realizámos a: **“revisão integrativa da literatura: o conforto do doente em cuidados intensivos”**, a qual procurou responder à seguinte questão de investigação: **quais as necessidades de conforto do doente internado em cuidados intensivos?** O objetivo desta pesquisa é identificar as necessidades e medidas de conforto do doente internado numa unidade de cuidados intensivos.

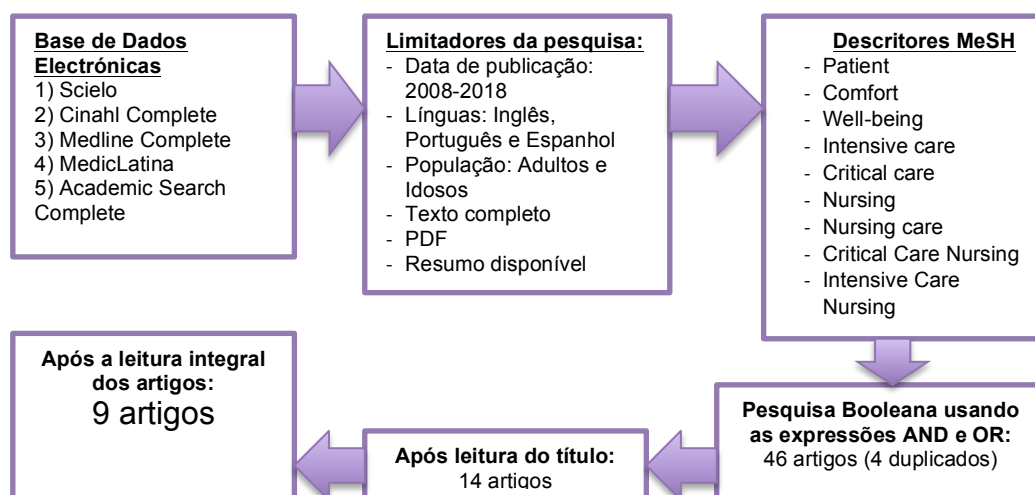


Figura 1 - Protocolo da Pesquisa

A RIL foi a metodologia utilizada na pesquisa, tendo sido selecionadas as seguintes palavras-chave, como descritores MeSH: *patient*, *comfort*, *well-being*, *nursing*, *intensive care*, *critical care*, *intensive care nursing* e *critical care nursing*. A pesquisa foi efetuada com recurso às plataformas: EBSCOhost e Scielo, no friso cronológico de 2008 a 2018. Para realização da pesquisa foi delineada uma estratégia de pesquisa booleana, com recurso aos caracteres booleanos AND e OR. A pesquisa foi enunciada da seguinte forma: [patient] AND [(Comfort) OR (Well-being)] AND [(critical care) OR (intensive care)] AND [(nursing) OR (nursing care) OR (critical nursing care)]

OR (intensive nurse care)]. No cruzamento final emergiram 46 artigos (4 duplicados). Após a leitura do título foram selecionados 14 artigos (6 da base de dados Scielo e 8 da EBSCOhost) e após a leitura do resumo e texto integral foram selecionados 9 artigos que foram incluídos no *corpus* da análise. Para melhor compreenderem a metodologia da análise, fica uma sistematização da pesquisa, elaborada a 9 de Janeiro de 2019 (Figura 1).

TITULO	<i>“Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular”</i>
AUTOR(ES)/ANO	Góngora, M. I. ; Heredia, L.P.D. (2018)
Objetivos	Descrever o conforto e os factores que o afetam no paciente internado numa UCI
Metodologia	Foco misto de predominância qualitativa com colheita simultânea de dados quantitativos para posterior triangulação. Aplicação de uma entrevista semiestruturada e o instrumento de conforto (GCQ) de Kolcaba.
Participantes	45 participantes
Resultados	Foram obtidas 6 categorias para que descrevem o conforto na UCI, os fatores que o alteram: percepção de não poder realizar atividades; sentir-se preso; percepção de muito ruído; ter que fazer as suas necessidades fisiológicas junto de pessoas desconhecidas. Os fatores que melhoram o conforto incluem contar com a presença de alguém próximo e apoio espiritual.
TITULO	<i>“Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos”</i>
AUTOR(ES)/ANO	Carvajal Carrascal, Gloria; Montenegro Ramirez, Juan David (2015)
Objetivos	Analisar a importância social, disciplinar e teórica da higiene como cuidado básico de enfermagem, referido pelos doentes críticos e sua relação com o conforto, à luz da teoria de Kolcaba
Metodologia	Revisão da literatura
Participantes	----
Resultados	Foram obtidas 4 categorias: cuidados básicos de enfermagem em internamentos críticos; higiene como cuidado básico para doentes críticos; higiene e conforto ; necessidades de pesquisa.
TITULO	<i>“Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico”</i>
AUTOR(ES)/ANO	Pott, F. S.; Stahlhoefer, T.; Gelix, J.V.; Meier, M. J. (2013)
Objetivos	Analisar as ações de cuidado realizadas num centro de terapia semi-intensiva, na perspectiva da humanização da assistência, e avaliar a presença de medidas de conforto e comunicação na realização das ações.
Metodologia	Estudo descritivo, quantitativo de observação sistemática não participante.
Participantes	Equipa do centro de Terapia semi-intensiva de um hospital de Curitiba (17 a 20 outubro 2008)
Resultados	Apesar de uma temática bastante falada. As medidas de conforto e comunicação, traduzidas no processo de humanização de cuidado, continuam como um discurso ideal, porem muito distante da realidade dos doentes e profissionais.

TITULO	<i>“Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio”</i>
AUTOR(ES)/ANO	Ponte, K. M.; Guedes, M. V. ; Silva, L.F.; Zagonel, I. P.; Aragão, A. E. (2012)
Objetivos	Analisar a contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com EAM.
Metodologia	Pesquisa-cuidado com base na Teoria do Conforto
Participantes	9 mulheres com EAM
Resultados	Os cuidados implementados no contexto psicoespiritual foram: fortalecer a espiritualidade, esclarecer sobre o adoecimento, ajudar no enfrentamento da nova condição de saúde e nas situações de confusão mental e desorientação.
TITULO	<i>“The communication experience of tracheostomy patients with nurses in the intensive care unit: A phenomenological study”</i>
AUTOR(ES)/ANO	Tolotti, A; Bagnasco, A., Catania, G.; <i>at all</i> (2018)
Objetivos	Descrever a experiência e as fontes de conforto e desconforto em doentes traqueostomizados, quando comunicam com os enfermeiros da UCI
Metodologia	Fenomenologia interpretativa. Entrevistas realizadas a enfermeiros e pacientes e observação.
Participantes	8 pacientes e 7 enfermeiros
Resultados	Diversos são os factores de desconforto dos doentes sujeitos a traqueostomia: dificuldade em ser entendido; sente-se invisíveis e isolados. Factores de conforto: estar junto dos membros da família e ter o enfermeiro mais presente.
TITULO	<i>“Comfort of Patients Hospitalized in Intermediate and Intensive Care Units”</i>
AUTOR(ES)/ANO	González Gómez, A.; Montalvo Prieto, A.; Herrera Lian, A. (2017)
Objetivos	Associar os factores sociodemográficos às dimensões do conforto (físico, social, psicoespiritual e ambiental) dos pacientes hospitalizados em unidade de cuidados intensivos e intermédios.
Metodologia	Estudo analítico transversal
Participantes	160 pacientes
Resultados	Dimensão física e psicológica: o tipo de conforto que prevaleceu foi a transcendência, referindo-se que os doente pode estar acima dos problemas, condição que agrada os pacientes; Dimensão ambiental: o tipo de conforto que prevalece é a tranquilidade . dentro desta dimensão o principal desconforto relatado é o ruído. Na dimensão social: pertencer um nível económico mais alto indica menor probabilidade de conforto no internamento; ter nível mais alto de educação relaciona-se com ter maior probabilidade de se sentir confortável.
TITULO	<i>“Enjoying tactile touch and gaining hope when being cared for a intensive care – A phenomenological hermeneutical study”</i>
AUTOR(ES)/ANO	Henricson, M.; Segesten, K. ; Berglund, A.L.; Määttä, S. (2009)
Objetivos	Esclarecer o significado do toque tátil numa UCI
Metodologia	Método fenomenológico- hermenêutico
Participantes	44 pacientes
Resultados	Os achados do estudo mostram que receber um toque tátil é um momento prazeroso, que dá esperança ao paciente internado em UCI. Toque associado a um momento de relaxamento e uma pausa no decurso de uma doença específica e complexa.

TITULO	“Needs of adult patient in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey”
AUTOR(ES)/ANO	Aro, I.; Pietila, A.M.; Vehvilainen-Julkunen, K.
Objetivos	Descrever as percepções dos pacientes de UCI sobre a importância das suas necessidades e como estas estão a ser atendidas nos hospitais da estónia.
Metodologia	Questionário descritivo survey. Método estatístico
Participantes	166 pacientes
Resultados	As necessidades mais importantes para os pacientes são o conforto físico e a sensação de segurança.
TITULO	“Sedation in Adults Receiving Mechanical Ventilation: Physiological and Comfort Outcomes”
AUTOR(ES)/ANO	Grap, M.J.; Munro, C. L. ; Wetzel, P.A. <i>et all</i>
Objetivos	Descrever as relações entre a sedação, a estabilidade fisiológica e o conforto durante um período de 24 horas, nos doentes sujeitos a ventilação mecânica.
Metodologia	Estudo prospectivo observacional
Participantes	169 pacientes
Resultados	O nível de sedação provavelmente não afeta o estado fisiológico do paciente mas em efeito sobre o conforto.

Quadro 1 - Sistematização da análise dos artigos selecionados

1.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a leitura dos artigos de forma integral, num total de nove, pudemos verificar que um dos principais pontos referidos pelos doentes em cuidados intensivos é a necessidade de ver suprimida os cuidados básicos de higiene. O facto de não poderem realizar atividades básicas com a higiene e terem de expor o seu corpo a pessoas desconhecidas (Góngora & Heredia, 2018) é um dos pontos de desconforto e que o enfermeiro, como pessoa que cuida de pessoas deve ter isso em atenção. Mas as necessidades de conforto não passam só pelo contexto físico. No contexto psicossocial os utentes referem que o sentir-se seguro, respeitado como indivíduo único, ter apoio emocional e ser informado, são factores muito importantes para os utentes em UCI (Aro, Pietila, & Vehvilainen-Julkunen, 2012). Segundo o mesmo autor, as necessidades físicas de conforto e o sentir-se seguro parecem ser as mais importantes. E é expectável uma vez que o desconforto físico provocado por diversos stressores (dor, ruído, perturbação do sono ou imobilização) são os mais preocupantes da doença crítica. Mas o sentir-se respeitado como ser

individual, apoiado emocionalmente e manter-se informado tem bastante peso na maioria dos doentes (Aro, Pietila, & Vehvilainen-Julkunen, 2012). Apesar de parecer óbvio que a necessidade de privacidade, envolvimento da família e o próprio nas tomadas de decisão seriam fatores de conforto para o utente, um dos estudos concluiu que esses aspetos não teriam qualquer importância. Este facto interessante pode ser pela ideia pré-concebida que nas UCI's não existe privacidade, o tempo de visita é restrito e é uma área tão complexa que o paciente não será capaz de tomar decisões (Aro, Pietila, & Vehvilainen-Julkunen, 2012). Outro dos artigos fala sobre a presença dos familiares como causadora de sensações ambíguas e sentimentos ambivalentes nos enfermeiros, mas não é esse o nosso ponto de reflexão mas sim os pacientes. Para eles a presença da família é maioritariamente sinal de conforto e encorajamento. O estudo diz ainda que um bom relacionamento com os membros da família tem influência positiva na relação enfermeiro-paciente. (Tolotti & all, 2018). Nos contextos, social e ambiental, estudos concluem que pessoas com maior nível socioeconómico são os menos propensos a sentir conforto nestas dimensões devido às condições em que vivem e à sua independência económica, mas este nível não influencia, por exemplo, o contexto psicoespiritual (Gómez, Prieto, & Lian, 2017).

1.4. CONCLUSÃO

Considerando conforto *“como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”* (Dowd, Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto, 2002), o desenvolvimento de investigação nesta área é importante e indispensável para a Enfermagem, na melhoria da qualidade dos cuidados e preservação da dignidade humana. O material da pesquisa não suprimiu as expectativas para este estudo, no entanto, revelou-se uma fonte de oportunidades de investigação e reflexão.

As necessidades de conforto decorrem, maioritariamente, na dimensão do conforto físico e do psicoespiritual. A higiene, o toque, a comunicação, a segurança e família foram as situações mais referidas na pesquisa e que transmitem ao doente tranquilidade e alívio. Num ambiente como o internamento de cuidados intensivos, envolto em ruído, falta de privacidade, sem luz natural, envolto em insegurança, ansiedade e dor, induz ao paciente crítico desconforto. O facto de ser um ambiente, para a maioria, desconhecido e tecnológico, infere ao paciente incompreensão e solidão.

Na perspectiva da satisfação das necessidades humanas básicas, e no cuidar melhor o paciente, é solicitado ao enfermeiro uma estratégia que corresponda às expectativas da sociedade mas não se desvie do seu referencial teórico. Neste caso A Teoria de Conforto de Kolcaba continua atual e é o elemento chave, como foi notório em todos os artigos da pesquisa. Articulando os resultados obtidos na revisão da literatura, com a reflexão da prática e na prática, podemos, em jeito de sugestão, afirmar que as UCI's têm de ser unidades de portas abertas e mais humanizadas, promotoras de conforto e dignificadoras de quem delas precisa.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O enfermeiro especialista é reconhecido, segundo o artigo 8º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo à Lei nº156/2015, de 16 de setembro, pela sua competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade. Assim pressupõe-se que o Enfermeiro Especialista detenha um conjunto de competências que permitem cuidar de forma especializada. Segundo Le Boterf (1995) competência situa-se numa encruzilhada, com três eixos formados pela pessoa (sua biografia, socialização), pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. Ainda segundo o mesmo autor, competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado. . (Fleury & Fleury, 2001)

Na prática dos cuidados, o enfermeiro vivencia e experiencia situações que se tornam formadoras e conseqüentemente promotoras do desenvolvimento de competências. Pretendo dar ênfase neste capítulo, a estas situações, com descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios.

Procuro ainda, fundamentar o percurso desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de competências segundo o Modelo Teórico de Patrícia Benner (2001) onde estabelece que a aquisição e desenvolvimento de uma competência se baseia em cinco níveis de proficiência (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito). No nível iniciado, encontra-se o profissional sem experiência. Independentemente do contexto são-lhe ensinadas as normas, para guiar os seus atos, impondo ao iniciado um comportamento limitado e rígido (Benner, 2001). Neste nível de proficiência então incluídos não só os estudantes de enfermagem, como todo o enfermeiro que integre um novo serviço. Já o comportamento de um iniciado avançado é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes

situações reais para notar os fatores significativos que reproduzem situações idênticas. Contudo, não conseguem priorizar ações necessitando ainda de supervisão por parte de outros profissionais, que tenham pelo menos o nível seguinte de proficiência (Benner, 2001). O enfermeiro alcança o nível seguinte – competente – quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente. O enfermeiro competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentido que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos. A planificação consciente e deliberada, caracteriza este nível, e ajuda a ganhar eficiência e organização nos diversos cuidados face à necessidade dos pacientes. Na fase de proficiente, o profissional apercebe-se das situações na sua globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas. A percepção é aqui a palavra-chave. É através da experiência que aprende quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não aconteça. Esta compreensão global melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso. O enfermeiro perito tem uma vasta experiência, compreendendo de maneira mais intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções. Os peritos já não têm em conta as características e regras. São pessoas maleáveis e mostram um elevado nível de adaptabilidade e de competências. Mas não podemos afirmar que o perito nunca utiliza instrumentos analíticos, uma vez que estes são igualmente necessários quando se depara com uma situação nova ou a situação não é analisada corretamente. Deste modo, podemos concluir que a palavra “experiência” tal como é utilizada aqui não faz só referência à passagem o tempo. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria (Benner, 2001). Também no processo de aprendizagem torna-se fulcral a diferenciação das competências do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista. Assim é necessário considerar as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista inscritas no artigo 3º do Regulamento das competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento 429/2018 de 16 de julho de 2018):

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.”

Com base nas competências enunciadas e após analisar o descritivo de cada uma das competências, as unidades de competências e os critérios de avaliação centrei o meu percurso formativo naquela que é a competência *“Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* uma vez que é aquela que se baseia na mobilização de conhecimentos e habilidades e na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados. Não descuro as outras duas competências mas considero que o tempo preconizado para o período de estágio, descrito no Guia Orientador de Estágio, não seria suficiente, num total de 360h de contacto. O Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional prevê, no seu novo plano de estudos para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, a realização de uma unidade curricular *“Estágio Final e Relatório”* que corresponde a 30 ECTS.

Importa referir que, para cada um dos estágios, foi apresentado um Projeto de Estágio onde foram enunciados os Objetivos Gerais e Objetivos Específicos, bem como a descrição das atividades que iria desenvolver para ver cumpridos esses mesmos objetivos. Importa referir ainda que os objetivos descritos no Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem tornaram-se orientadores nas competências a desenvolver e, conseqüentemente orientando a seleção dos locais de estágio. Encontrando-me, á data da identificação dos locais de estágio, a exercer funções num Serviço de

Medicina e Especialidades Médicas, a escolha dos locais de estágio não foi realizada ao acaso, mas foi pensada com o intuito de poder assistir a uma maior variabilidade de situações, estimulantes e motivadoras, de modo a constituírem experiências formadoras e promotoras de crescimento, quer no âmbito profissional ou pessoal.

Dando continuidade a este capítulo dois, designado por “Descrição e Análises Crítica das Competências Desenvolvidas”, importa fundamentar a escolha dos respetivos locais de Estágio, para concretização de cada módulo, num total de dois, após a alteração do plano curricular em vigor.

O Estágio I realizou-se entre os dias três de setembro e vinte e oito de outubro de dois mil e dezoito numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácicos de um Hospital de Lisboa. A opção por este serviço teve como objetivo compreender, não apenas dinâmica de uma Unidade de Cuidados Intensivos no cuidado ao doente em situação crítica, mas também compreender a dinâmica de cuidados de um serviço de referência na área da Cirurgia Cardiotorácica, área pelo qual ganhei um gosto particular durante a componente teórica do Mestrado. Por outro lado, a escolha de uma Unidade de Cuidados Intensivos Especializados, se por um lado aliciante, por outro lado promissora e fator de ansiedade, por considerar que pudesse não estar ao nível daqueles que ali trabalhavam.

O Estágio II decorreu entre os dias cinco de novembro e vinte de dezembro de dois mil e dezoito numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos de um Hospital Privado. A passagem por este local de estágio teve como objetivo *major* ter um “novo olhar” sobre o cuidado à pessoa com doença crónica, progressiva e incurável e de algum modo desenvolver competências na minha abordagem a este tipo de doentes e suas famílias. Área cada vez mais atual, mas com muito ainda para fazer e aprender.

Assim, nos subcapítulos 2.1 e 2.2 terei o intuito de realçar o que foi realizado durante a concretização de cada um dos Estágios através da reflexão crítica relativamente aos objetivos traçados e também dar visibilidade às atividades desenvolvidas para a concretização dos referidos objetivos, relatar situações vivenciadas, referir as estratégias sugeridas e respetiva implementação para

a sua resolução, assim como, mencionar as competências adquiridas, respeitando os princípios Éticos e Deontológicos.

Para além dos objetivos enumerados no Plano de Estudos do Curso de Mestrado Profissional na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerei aqueles que constituem os meus objetivos pessoais e profissionais, bem como aqueles que elaborei para cada um dos locais de Estágio. Contudo, devo salvaguardar que para efeito de análise de competências ,inscritas no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, não irão ser consideradas as seguintes competências: 18) Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização; 23) Exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização e 29) Colaborar na integração de novos profissionais, uma vez que não me encontrava previamente integrada nos respetivos serviços onde realizei estágio as atividades associadas a estas competências, não foram concretizadas.

Deste modo, este relatório, e particularmente este capítulo, visa ilustrar a aprendizagem adquirida e demonstrar de um modo global as competências adquiridas, bem como a sua importância e relevância das funções de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica para o seu desempenho.

Como objetivo geral e transversal a todos os estágios considerei: **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao utente crítico/família.**

2.1 .UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A UCI caracteriza-se por uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são

potencialmente reversíveis, 24h por dia (Carpenter & Carpenter, 2003). Segundo a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva existem três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Este conceito admite que possam coexistir diferentes níveis na mesma unidade hospitalar. Em todo o caso, os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos (S/UCI) devem referir-se exclusivamente a Unidades de nível III, que devem ter quadros próprios de médicos e de enfermagem; assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24h, pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Quando indicado, pelo nível quantitativo de solicitações e/ou pela especificidade de procedimentos, podem-se desenvolver áreas de cuidados específicos para doentes com patologias específicas, como, por exemplo, queimados, coronários, patologias de cirurgia cardíaca e neutropénicos. (Direcção Geral de Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento, 2003).

O meu estágio decorreu numa destas Unidades de Cuidados Intensivos Especializados em Cirurgia Cardiorácica, composta por nove camas de nível III de adulto, sete camas de nível III pediátrico, três unidades de isolamento, um Bloco Operatório composto por três salas e o internamento, composto por vinte e uma camas. Para abranger estas valências todas é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir com os objetivos. Importa então, considerar a importância da presença do Enfermeiros Especialista nestas Unidades, na medida em que assume, conforme disposto no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a responsabilidade de *“mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O Internamento em UCI é, por definição, *“um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim*

em si” (Direcção Geral de Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento, 2003). Por outro lado, a envolvimento numa UCI cria um dos ambientes mais agressivos e invasivos, tensos e traumatizantes num hospital, causando stress nos doentes, nos familiares e nas equipas que ali trabalham. A arquitetura específica deste tipo de unidades, maioritariamente, numa área aberta com cortinas a separá-los, tem a vantagem da visualização direta enfermeiro-paciente mas é acompanhada por desvantagens da limitação, na privacidade e de exposição do paciente. A nível psicológico, embora o paciente e a sua família, em parte, tenham consciência da dinâmica dos cuidados críticos, a sua atenção centra-se, basicamente para aquele ambiente confuso e assustador: luzes a apagar e a acender, máquinas a fazer barulho, procedimentos dolorosos e todo um ambiente ruidoso, muito iluminado artificialmente, cheio de gente e hiperativo. São muitos fatores de stress sobre o paciente e a família, intensificados por modalidades de tratamento dos quais pode depender a vida. Alguns dos fatores que potenciam o stress, especialmente nestes ambientes de UCI, são de origem sensorial: privação e sobrecarga sensorial; privação do sono e confusão aguda. Devido ao grau de dependência destes pacientes estes têm pouco ou nenhum controlo sobre a quantidade e/ou frequência dos estímulos que recebem sendo esta estimulação contínua, 24 horas por dia, 7 dias por semana (Carpenter & Carpenter, 2003). Cabe ao enfermeiro, como responsável pelo paciente, estar sempre consciente do tipo e quantidade de estímulos que o afetam e de ajudar a manter níveis de estimulação toleráveis. A privação do sono é outro dos fatores causadores de stress, uma vez que as intervenções ao paciente podem ocorrer de hora a hora, independentemente da altura do dia, e o facto de estarmos a falar de ambientes, muitas vezes, desprovidos de luz natural, faz com que haja mais rapidamente um desajuste dos ciclos de sono e daí possa também advir a confusão aguda (Carpenter & Carpenter, 2003). Neste contexto, conseguimos perceber que muito há a fazer para além do tecnicismo e complexidade das situações, com vista a uma maior humanização das UCI e promoção do conforto dos doentes e sua família. Assim, acabo por introduzir a minha temática transversal dos estágios “*Conforto, o Cuidar em Enfermagem*” Considerando os objetivos específicos enumerados, considere

como objetivos específicos do meu projeto de estágio, para desenvolvimento e aquisição de algumas das competências os seguintes: **1)** Desenvolver competências na prestação ao de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em cuidados intensivos; **2)** Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com assistência ventricular externa (AVE) e sua família.

Tal como anteriormente referi, este estágio tomou particular importância não só por ser o primeiro estágio realizado mas, face à inexperiência neste contexto de prática de cuidados, foi sentida a necessidade de mais tempo para me inteirar da dinâmica do serviço e das particularidades dos cuidados prestados ao paciente em situação crítica e sua família. Devo assim considerar o Modelo Teórico de Patrícia Benner (2001) quando a mesma coloca em relevo o facto de o enfermeiro voltar ao nível de iniciado quando não integrado num dado serviço. Devo ainda referir o medo e a ansiedade sentidos, força da exigência e responsabilidade daquele serviço em específico, referência nacional da área de Cirurgia Cardiorácica. Neste contexto Benner (2001) refere que, tal como os estudantes de enfermagem entram num serviço com o estatuto de iniciados também “ *todas as enfermeiras que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspectos inerentes aos cuidados não lhe forem familiares*” (Benner, 2001). Isto significa que, segundo o Modelo de Dreyfus a aquisição de competências depende da situação e não da inteligência ou dons de uma pessoa.

Considerando que este estágio decorre no âmbito da formação pós graduada, um conjunto de competências e conhecimentos já adquiridos e apreendidos na prática profissional, foram mobilizados no contexto da prática dos cuidados durante o estágio. Assim relativamente à competência **1)** “***Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós graduada***” esta é transversal a todo o estágio e um pilar de toda a aprendizagem e desenvolvimento de competências. Segundo Benner, a palavra *experiência* tal como é utilizada aqui não faz só referência à passagem do tempo, mas trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-

concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria (Benner, 2001). Por outro lado, após a integração numa equipa, apesar do pouco tempo, compete a cada pessoa, no meu entender, justificar a sua presença na equipa, partilhando conhecimento e competências para enriquecimento da mesma. E foi nesse sentido que tomei esta competência como premissa transversal ao estágio.

Assim sendo, torna-se difícil nomear uma única intervenção realizada, para dar resposta a esta competência, apesar de ser necessário que o faça. A situação que me refiro passa-se com a morte de um utente na UCI, sujeito a assistência ventricular externa. Quando tal situação ocorreu, foi chamado o médico de urgência para declarar e certificar o óbito e ainda para retirar toda a AVE, uma vez que estamos a falar de um dispositivo médico alocado dentro do coração do doente. O que me parecia mais um momento de pura aprendizagem, passou a ser uma ocasião para mobilização de conhecimentos, uma vez que me fui apercebendo que os óbitos numa UCI são situações raras e que não deixam os enfermeiros muito à vontade, bem como a gestão da família e da comunicação desse episódio fatídico. Tendo em conta que a minha experiência profissional passa por um Serviço de Medicina e Especialidades Médicas, infelizmente estas situações ocorrem com alguma frequência, tendo ganho alguma competência neste âmbito e assim sendo acabei por mobilizar esse conhecimento para gerir essa situação com o enfermeiro responsável pelo doente.

Relativamente às competências **2) “Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; 3) Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; 4) Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal.”** e no meu entender elas estão inteiramente relacionadas uma vez que, ao formular e analisar determinadas questões/ problemas de maior complexidade tive que, em algumas situações, de as comunicar não só aos enfermeiros, como ao público em geral, como vem descrito. Assim, e de

forma a promover o meu autodesenvolvimento profissional e pessoal, desenvolvi o meu raciocínio crítico para algumas das situações da prática profissional através da reflexão não só com a Enfermeira Orientadora e restante equipa, como também através da realização das reflexões escritas, com recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs. Essas reflexões intitularam-se: “A gestão da esperança dos doentes com dispositivos de assistência ventricular externa”, como se ajustam as expectativas deste e da família a esta situação e uma outra reflexão intitulada “transporte inter hospitalar de um doente crítico”, no decorrer do internamento numa UCI devido à centralização de serviços nos centros hospitalares.

Na primeira reflexão, *“A gestão da esperança dos doentes com dispositivos de assistência ventricular externa”* (APÊNDICE I) , procurei através de uma situação ocorrida durante o estágio e comum neste serviço de UCI refletir sobre a abordagem médica e de enfermagem ao doente, quando algo corre menos bem e a situação torna-se irreversível. A importância do ajuste das expectativas do doente e família é algo fundamental e muitas vezes esquecido por parte dos profissionais das Unidades de Cuidados Intensivos pois está inerente que nestes serviços tudo se faz para devolver a qualidade de vida aos doentes ali internados, e faz-se. Mas a problemática aparece quando temos um doente proposto para transplante cardíaco, ligado a um dispositivo médico externo (assistência ventricular externa) a aguardar um coração novo, mas sem data. Como se gere a esperança do doente? E a da família? E o conforto deste doente e família? Será que estamos a fazer tudo por eles? Os cuidados intensivos é uma área onde a cura está presente na maioria das vezes, a morte é quase escassa mas as pessoas continuam a ser pessoas e não apenas “transportadoras de doenças”. Cuidar intensivamente de pessoas deve comportar não só a componente física, recorrendo a técnicas/ terapêuticas inovadoras e dispositivos tecnologicamente avançados, mas também cuidar do ponto de vista psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Collière (1989) afirma que *“os cuidados prestados ao indivíduo doente de acordo com a natureza podem ser: cuidados quotidianos e habituais, que se referem aos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida e cuidados de reparação*

ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo e entrave à vida” Assim, cuidar pressupõe uma visão holística com base no conhecimento científico e assente em relações interpessoais e relação de ajuda. O enfermeiro sendo um cuidador por excelência, e tendo as competências relacionais, tem o dever de atender às necessidades concretas de cada indivíduo. O conforto do doente e família esta intrinsecamente ligado à enfermagem, já em 1926 Harmer afirmou que *os cuidados de enfermagem estavam relacionados com a prestação de “uma atmosfera geral de conforto” e que os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à “felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental” para além do descanso e do sono, nutrição limpeza e eliminação.* Goodnow escreveu que *“ uma enfermeira é sempre julgada pela sua capacidade para fazer o doente sentir-se confortável. O conforto é físico e mental e a responsabilidade da enfermeira não acaba no cuidado físico”* (Dowd, Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto, 2002). Nesta situação em concreto, relatada na reflexão crítica, o doente teve algumas intercorrências que o colocaram numa situação sensível quando ao futuro, será que o doente sabia disso? E a família? Não tinham o direito a saber? A verdade é que o doente realizou o transplante cardíaco, sem intercorrências, mas acabou por falecer dois dias depois. Neste caso não tive um papel ativo para com a família, pois o doente não estava à nossa responsabilidade mas levou-me a refletir muito a situação com a minha orientadora e a ter a clara certeza que muito há a fazer e a mudar nas UCI.

No que diz respeito ao que potenciou a minha segunda reflexão crítica, tem uma componente mais prática e operacional, incluindo a possibilidade de aprender sobre gestão de cuidados e de recursos. A reflexão sobre *“O transporte inter hospitalar de doentes críticos”* (APÊNDICE II), por força das circunstâncias, veio tentar mostrar o lado dos profissionais e utentes como resposta à Lei nº 284/99, de 26 de Julho, no âmbito da adoção de modelos alternativos de gestão e onde foi estabelecido o regime enquadrador da criação e funcionamento dos Centros Hospitalares (CH). No preâmbulo do referido diploma *“(…) o papel desempenhado pelo SNS ao nível da prestação de cuidados de saúde diferenciados ficaria reforçado se alguns hospitais, em função da sua localização geográfica, respectivas valências e diferenciação*

tecnológica, fossem reestruturados através da integração em CH, ou formassem grupos sujeitos a coordenação comum, o que, decerto, permitiria maior rentabilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam.” Até aqui nada a apontar, uma vez que muitos serviços estavam subaproveitados e assim pode haver uma rentabilização de recursos pessoais e financeiros. Mas é preciso olhar sempre na ótica do cidadão. Se estamos a falar em centralizar valências então temos que uniformizar materiais, recursos e equipamentos. Como relatado na reflexão sobre uma situação que decorreu durante o estágio, é de todo inaceitável que um doente em estado crítico com necessidade de uma angiografia de urgência chegue ao hospital onde a vai realizar, dentro do mesmo centro hospitalar, e o material que leva conectado a ele, como foi o caso da linha arterial, não seja compatível com o leitor do hospital de origem. Também não é aceitável que centralizando a sala de hemodinâmica para um único Hospital do referido Centro Hospitalar, não existam recursos físicos para fazer o devido recobro aos doentes e, por força das circunstâncias, termos de fazer o retorno do doente para a UCI, depois de algumas complicações na sala e ter sido entubado orotraquealmente. Todas estas situações poderiam ser evitadas se na altura que se redigem as leis tivesse-se em conta as questões operacionais das mesmas. Assim sendo, atingi também as competências 9) e 11), 9) ***“Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais e novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização; 11) Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica”***.

Considerando a competência 13) ***“Demonstra capacidade para reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”*** apesar de ter sentido uma necessidade de melhoria do ponto de vista da tomada de decisão, senti-me segura face à imprevisibilidade e complexidade das situações por se tratar de um serviço com um ambiente mais “controlado” comparativamente ao da minha prática profissional. O facto de a maioria da equipa ter uma elevada experiência, enunciando-os, segundo Benner (2001) como proficientes e peritos e a minha própria orientadora ser enfermeira perita, que segundo Benner (2001) trata-

se de uma enfermeira que “ *já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, tem uma enorme experiência, compreende agora, de forma intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis*” proporcionou alguma segurança e tranquilidade quando fui deparando com situações imprevistas e complexas e que demonstraram a minha capacidade de reagir e agir. Foi o caso de um doente, sexo masculino que estava no primeiro dia de pós-operatório. Eu e a minha orientadora tínhamos organizado o trabalho daquele turno e eu tinha ficado a prestar os cuidados de higiene e conforto ao doente com apoio de uma assistente operacional. Durante o decorrer do banho o monitor do doente começou a alarmar e observei um traçado sugestivo de arritmia. Chamei a minha orientadora e informei-a do que julgava ser, uma fibrilhação auricular. Informamos o médico assistente que mandou iniciar logo medicação dirigida, neste caso, impregnação de amiodarona. Dei sinal à minha orientadora que iria preparar a medicação, da qual já tinha conhecimento da sua preparação, enquanto eles continuavam o exame físico do doente. O doente tinha antecedente de AVC mas como sequelas tinha só uma disartria descrita. Aquando do exame físico que o médico estava a fazer ao doente deparei-me com hemiplegia direita que o doente não possuía no início dos cuidados de higiene. Informei de imediato o médico pois era um dado novo e de importante relevo. Assim, levámos o doente de imediato ao TAC, depois de controlada a fibrilhação auricular, havendo a necessidade de ser submetido a uma angioplastia de urgência com colocação de stent num dos vasos.

Desejo ainda dar relevo às competências 8), 15) e 20) pela pertinência deste documento, **8) “Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; 15) Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; 20) Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”**. Apesar de estar a exercer funções num Departamento de Medicina e Especialidades Médicas há algum tempo, não descarto a

necessidade de manter uma constante atualização de conhecimentos não apenas relativamente ao meu campo de ação. Contudo, o presente estágio serviu para atualizar conhecimentos, e também, aprender outros com os quais nunca tinha contactado, como é o caso da ventilação mecânica, manuseio do equipamento de substituição renal, administração de fármacos vasoativos e inotrópicos, manuseamento de dispositivos de assistência ventricular externa e terapia de vácuo. Este último exemplo, terapia de vácuo, é um procedimento inovador e bastante eficaz na cicatrização de feridas e acabou por se demonstrar bastante útil na minha prática profissional no tratamento de úlceras de pressão. Por outro lado, comecei a alicerçar a minha prestação de cuidados com base numa prática baseada na evidência (PBE) o que teve relevo na qualidade dos cuidados prestados. A PBE é definida, segundo o ICN, “*um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar*” e isto traduz-se numa melhoria dos cuidados e de uma evolução favorável e sustentada dos mesmos. De forma a desenvolver um discurso pessoal fundamentado numa prática baseada na evidência, as competências 5) e 21), **5) “*Produz um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; 21) Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*”** tomam assim, um significado particular no âmbito dos cuidados especializados ao doente e sua família, bem como à formação pós-graduada. Neste mesmo contexto as competências 24), 26) e 27), **24) “*Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização; 26) Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização; 27) Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização*”** foram atingidas quando falamos da minha participação na passagem de turno, preocupação na passagem de informação relevante e pertinente para a continuidade dos cuidados ao doente, realização de registos concretos e verdadeiros, zelando assim para a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Seguindo a mesma linha de raciocínio, penso ter atingido também as competências **“10) Aborda questões**

complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; 14) Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente” . Neste processo de desenvolvimento profissional e pessoal foram fundamentais e atingidas também as competências 7) e 12), **7) Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada. 12) Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.**

Importa referir que, face à proposta realizada sobre a concretização de um projeto formativo em serviço de maneira a atingir as competências **6) Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; 19) Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; 22) Participa e promove a investigação em serviço na sua área de investigação 28) Promove a formação em serviço na sua área de especialização”** penso que a formação em serviço não iria acrescentar valor à equipa de peritos especializados na área e cingi-me a partilhar os conhecimentos adquiridos no decorrer do mestrado e da investigação que fui realizando, durante a prestação de cuidados e de modo mais informal. Esta formação em serviço teve mais repercussões na minha prática profissional, pois o facto de ter contactado com outras realidades deu-me sustentação para partilhar algumas das experiências vivenciadas com os meus colegas para melhoria dos nossos cuidados.

Relativamente às competências 16) e 17), **16) Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura 17) Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar** penso que a este nível de formação estas já se encontravam desenvolvidas aquando dos Ensinos Clínicos da Licenciatura em Enfermagem e no contexto profissional. Contudo, e para uma melhoria contínua, penso terem sido trabalhadas durante o contexto do estágio, pois estava perante outra equipa

multidisciplinar que não me conhecia e perante um outro tipo de doente e família, que não o que estou habituada a deparar-me na minha prática profissional. Já no que diz respeito à comunicação esta está bastante limitada, uma vez que a maioria dos doentes se encontram sedados, curarizados e ventilados artificialmente, tomando a família um papel de relevo nos cuidados ao doente que se vê impossibilitado de comunicar, apesar do tempo limitado da visita. Este é outro dos pontos que me levou a alguma reflexão e necessidade de humanização das Unidades de Cuidados Intensivos. Os profissionais que ali trabalham, quando os confrontei com este aspeto, não sentem falta desta comunicação, mas o fato de o meu contexto profissional ser outro e de termos as famílias mais presentes fez-me sentir que no contexto de UCI o doente está mais sujeito à avaliação e sensibilidade dos profissionais de saúde, para o compreender.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

O segundo Estágio decorreu, tal como referido anteriormente, numa Unidade Hospitalar Privada de Cuidados Continuados e Paliativos. Este estágio foi uma opção pensada antecipadamente com a perspetiva de poder desenvolver competências, numa área que, a meu ver, está em expansão pela necessidade cada vez mais premente nos cuidados de enfermagem. Com o aumento da esperança média de vida, esta carência nos cuidados à pessoa doente exacerbou-se, pois viver mais tempo não significa necessariamente morrer. A Medicina Paliativa, segundo João Lobo Antunes, no prefácio do Manual de Cuidados de Cuidados Paliativos (2016) descreve-a como a medicina da última verdade, do conforto do espírito, do alívio prudente do sofrimento, do encontro com o outro, do esforço comunal, da preservação tenaz da dignidade. Reduzir os cuidados paliativos ao alívio do sofrimento físico é esquecer, imperdoavelmente, o sofrimento psicológico e o padecer existencial. Assim entende-se que, face à minha temática abordada transversalmente no decurso do Mestrado, não poderia ter escolhido outro local de estágio. Este é, por outro lado, um assunto muito estimado por mim

pois sinto que na minha prática profissional dos cuidados de enfermagem era uma lacuna para melhor cuidar dos outros.

Considerando o Objetivo geral definido para os estágios realizados - *Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao utente crítico/família* – no presente estágio, deve ser considerado o “utente crítico” todo o doente que apresente descontrolado sintomaticamente, não apenas os sintomas de ordem física, como a dor, mas também os psicossociais e espirituais, que requeiram cuidados especializados e equipas especializadas em Cuidados Paliativos, o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, maximizar o conforto e o bem-estar e diminuir o sofrimento. Para justificar esta minha abordagem recorro à definição de Cuidados Paliativos proclamada pela OMS (2002): *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais.”*

Apesar de ser uma área amplamente falada, nos dias de hoje, ainda se fala muito a área dos cuidados paliativos como aquela que se dirige essencialmente e quase unicamente a doentes do foro oncológico, nas fases mais avançadas da doença. Mas isto é restringir uma área que tem, cada vez mais, um papel muito amplo nos cuidados como é o caso das insuficiências avançadas de órgãos (cardíaca, renal, hepática, respiratória) a SIDA em estágio terminal, as doenças neurológicas degenerativas, as demências na sua fase final, os doentes com sequelas graves de AVC's, a fibrose quística e tantas outras (Isabel, 2016).

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2005), os cuidados paliativos, respeitando o princípio da continuidade de cuidado, tem a sua intervenção baseada em três níveis de diferenciação. Importa por isso destacar que o local de estágio em causa, encontra-se no nível III de diferenciação, uma vez que: *“são prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam diretamente*

os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas; São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual; desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos; desenvolvem atividade regular de investigação em cuidados paliativos; possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência.”

A lei de Bases dos Cuidados Paliativos (lei nº52/2012, de 5 de Setembro) veio consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, criando uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) mas foi apenas com o Decreto-Lei nº 136/2015, de 28 de Julho que “(...) as unidades e equipas de cuidados paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) assegurando a necessária articulação entre as duas redes. Isto foi um passo importante para os Cuidados Paliativos contudo, as assimetrias face às acessibilidades das pessoas a cuidados paliativos ainda é bastante óbvia. Passos já foram dados nesta área, como a criação de um Plano Nacional de Cuidados Paliativos e aposta na formação de profissionais, mas muito ainda há a fazer. Os Cuidados Paliativos também estão intrinsecamente ligados ao tema do Conforto e à Teoria do Conforto de Catherine Kolcaba, sendo um dos valores orientadores da ação dos profissionais desta área. Podemos então afirmar que os Cuidados Paliativos são os Cuidados Intensivos do Conforto. Esta máxima engloba em si os quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa.

Considerando os objetivos específicos enumerados do Plano de Estudos do Curso de Estrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, devo referir que no projeto de estágio propus-me concretizar os seguintes objetivos específicos : 1) Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa/família em cuidados paliativos; 2)

Contribuir para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em fim de vida; 3) Adquirir competências teórico-práticas na promoção do conforto ao doente paliativo.

No que respeita as competências definidas no Plano de Estudos do Curso, na competência 1) **“Gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós graduada”** esta teve bastante pertinência uma vez que tive a possibilidade de ter uma disciplina de Cuidados Paliativos já durante a Licenciatura, o que me despertou desde cedo a atenção para este tema. Por outro lado, o facto de trabalhar num serviço de Medicina faz-me, desde sempre, pensar que o nosso papel como enfermeiro não pode terminar quando termina a índole curativa e se “passa do oitenta para o oito”. Cuidamos de pessoas e como tal a dignidade das mesmas deve estar acima de qualquer coisa, definindo a mesma como “ a qualidade ou estado de se ser valorizado, honrado ou estimado”, “ter um sentido de pertença”, “manter a individualidade” (Isabel, 2016). É ao mesmo tempo individual e holístico, uma vez que cada indivíduo tem a sua própria definição mas envolve sempre aspetos que abrangem o conforto físico, e a consideração das suas perspetivas psicológicas, espirituais, sociais e culturais. (Isabel, 2016)

Relativamente às competências 2) 3) e 4), 2) **“Comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; 3) Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; 4) Mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal.”** tive mais uma vez que comunicar não apenas com enfermeiros, mas com a equipa multidisciplinar no geral. Sendo o trabalho em equipa e a comunicação dois dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos estas competências foram amplamente desenvolvidas. A concretização de duas reflexões críticas sobre situações vivenciadas promoveu o meu próprio processo de autodesenvolvimento profissional e pessoal. Uma das reflexões intitulada “ o conforto daqueles que ‘já não há nada a fazer” (APÊNDICE III) teve a sua origem para já na abordagem do

tema do conforto e por outro lado a necessidade de refletir e expressar a minha opinião sobre uma expressão muito comumente utilizada mas que para mim não faz sentido nenhum – já não há nada a fazer. Na maioria dos serviços de um hospital, os doentes que têm a sua morte anunciada, geralmente vivem um processo lento e *tecnológico*, onde os seus problemas são parte do serviço médico e de enfermagem mas em que o enfoque está na doença, na cura e no prolongamento da vida, em vez de centrados na pessoa, no cuidados e no conforto (Pereira, 2010). Este local de estágio, para além de ser uma referência nacional no que respeita aos Cuidados Paliativos, faz jus a tudo o que lhe adjetivam, sendo um oásis no deserto. Ali o doente e a família são verdadeiramente estimados e o seu conforto altamente valorizado. Muito ainda há a fazer quando a cura já não é a meta mas a morte, como certa, pode ser preparada e ser geradora de tranquilidade para os que percorrem este caminho. Na situação descrita na reflexão crítica consegui mobilizar algumas das competências enunciadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica como foi o caso: - Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; - Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; - Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; - Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

No decurso do meu estágio também consegui implementar intervenções promotoras de conforto (manutenção da esperança realista, promoção de um ambiente calmo e relaxante, comunicação serena e encorajadora e relação empática) e intervenções promotoras da dignidade (trabalhar expectativas realistas e redefinindo os objetivos de vida, ajudando a viver o presente, mostrar interesse na história de vida da pessoa, promover a resiliência e aceitação, incentivar o recurso a práticas de relaxamento, a ouvir música, com ênfase para a transcendência do sentido da vida e da morte),

dado assim resposta aos objetivos redigidos por mim aquando do projeto de estágio.

Outra das competências que desenvolvi amplamente neste estágio foi a comunicação. Este pilar fundamental dos cuidados paliativos para ser eficaz é simultaneamente importante e difícil. Como comunicar más notícias? Como ser verdadeiro em toda a informação e mesmo assim ter o controlo da situação? Estas foram algumas das minhas questões e que levaram a que me debruçasse mais sobre este tema. Apesar de ser algo intrínseco do ser humano, comunicar eficazmente é um desafio, pois implica utilização e desenvolvimento de perícias essenciais à comunicação entre o técnico de saúde, a pessoa doente e a família, como enuncia Gask referido por Querido, Salazar & Neto (2016). Apesar de não aparentar ser uma área tecnicista, por detrás de uma comunicação eficaz e segura existe muita técnica e muito treino. No APÊNDICE IV, estão retratadas algumas das situações que ilustram o desenvolvimento nesta competência. Assim sendo, atingi também as competências 9) e 11), **9) “Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais e novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização; 11) Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica”**.

Considerando a competência **13) “Demonstra capacidade para reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”** no âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos as situações imprevistas são maioritariamente relacionadas com descompensações hemodinâmicas e alarmadas por monitores, já neste contexto as situações complexas podem ser os mais variados aspetos. O facto de transmitir uma má notícia pode ser uma situação complexa e a reação de quem a recebe pode ser imprevista. Neste serviço até a entrada de um doente pode ser considerada uma situação complexa, pois pode ainda manter expectativas irrealistas e desconhecimento do diagnóstico final, e a própria equipa ainda não criou uma relação terapêutica. É uma situação complexa e necessita de preparação e disponibilidade por parte dos profissionais recorrendo as mais diversas técnicas de comunicação verbal e não-verbal.

Durante a minha experiência na Unidade de Cuidados Paliativos, recebemos um cliente transferido da Unidade de Cuidados Intensivos da mesma instituição hospitalar, 68 anos, diagnóstico de Neoplasia pulmonar, a aguardar confirmação pelos exames complementares de diagnóstico que tinha realizado, mas ainda sem conhecimento total do diagnóstico. Logo no momento do acolhimento na UCP percebemos que as expectativas do mesmo e da família estavam desajustadas. Vinha acompanhado por um dos filhos, o gestor do caso e compreendemos que existia ali um pacto de silêncio. Estávamos perante uma situação complexa e era necessário começar logo, desde cedo, a intervir. Mas como? No momento senti a necessidade de munir o doente de toda a informação, face ao juízo crítico que apresentava. Por outro lado, considerando que o doente tinha acabado de entrar no serviço e ainda não estávamos na posse de todos os dados que confirmavam o diagnóstico, podia estar a antecipar um cenário que podia constituir um fator de ansiedade e angústia. O direito à verdade é reivindicado como um direito fundamental da pessoa e é a expressão do respeito que se lhe deve (Sancho, 1999). Negar a verdade ao doente, em Cuidados Paliativos, é impedi-lo de viver como 'protagonista' a última fase da sua vida, não sendo possível a autonomia sem informação. Mas tínhamos que começar devagar. Primeiramente era necessário perceber o que cada interveniente na situação sabia; o que esperava da equipa; o que entendia por Cuidados Paliativos; o que sentia; qual seria a nossa intervenção no caso; qual era o nosso objetivo enquanto equipa multidisciplinar; explicar aos familiares os efeitos negativos que poderia ter o pacto de silêncio, a importância da verdade e a gestão dessa informação; e acima de tudo demonstrar o nosso compromisso terapêutico enquanto equipa multidisciplinar. Ou seja, era preciso começar do zero, alinhar as expectativas, dos familiares e do doente, devolver ao doente o controlo da situação e estabelecer um plano de acompanhamento. Tal situação fez-me refletir sobre a complexidade, a ela associada, e o quanto uma tomada de decisão precipitada e irrefletida pode vir a implicar no modo como o doente e a família gerem a situação. Face ao exposto penso ter conseguido colocar em evidência as competências 5), 8), 15 e 21), sendo **5) "Produz um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas**

sobre os problemas de saúde com que se depara; 8) “Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização; 15) Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; 21) Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”.

Relativamente à competência **20) Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência**”, esta encontra-se implícita nas descritas anteriormente, uma vez que tentei fundamentar sempre o meu discurso pessoal, com base na prática baseada na evidência, demonstrando por isso níveis de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização.

Durante o estágio procurei realizar pesquisa bibliografia que sustentasse o meu discurso e me munisse de ferramentas para melhor compreender as situações que me iam sendo apresentadas, numa atitude de responsabilidade social e ética nos cuidados à pessoa e sua família, colocando em evidencia cumprimento das competências 24), 26) e 27), **24) “Zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização; 26) Realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização; 27) Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização”**

Para que as minhas intervenções se revelassem eficazes tive a necessidade de desenvolver uma metodologia de trabalho, com base nos pilares fundamentais dos cuidados paliativo, e assim atingir também as competências **“10) Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização; 14) Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”**

As competências **7) Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada. 12) Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada** tornam-se cruciais neste processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. A relação terapêutica e de confiança criada com os doentes e famílias é bastante importante para levar

a cabo todo o compromisso terapêutico e ajustar a cada individuo uma abordagem de cuidados que visem maximizar a sua qualidade de vida e conforto, dando-lhe um sentido à vida.

Importa referir que, face à abordagem realizada por parte da chefia sobre a concretização de um projeto formativo em serviço, as competências **6) Comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; 19) Toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização; 22) Participa e promove a investigação em serviço na sua área de investigação 28) Promove a formação em serviço na sua área de especialização** foram atingidas, não através de uma formação formal sobre um tema da área, onde a meu ver a equipa era mais proficiente que eu, mas através da partilha sobre os dados de um dos artigos que fez parte da minha pesquisa bibliográfica durante o estágio e que abordava a temática do conforto. Nesta sessão a que a equipa apelida de “*Journal Club*” (APENDICE V) acabei por poder partilhar conhecimento e apresentar a temática do meu estágio e o propósito para a escolha daquele local de estágio.

16) Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura
17) Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar como já referi anteriormente, a comunicação foi um dos temas que senti que foram mais desenvolvidos neste estágio, pela pertinência da mesma e pela ferramenta fulcral na prática dos cuidados ao doente em cuidados paliativos. Este intercâmbio de informação, dinâmico e multidirecional, faz-se através dos diferentes canais sensório-percetuais (acústicos, visuais, olfativos, tácteis e térmicos) que permitem interpretar os factos transmitidos pela palavra. Implica a adaptação a uma realidade em constante mudança – com avanços, retrocessos, significados, envolvendo o doente, a família e a equipa de cuidados paliativos, capaz de nos conduzir a uma relação interpessoal autêntica –

ponto-chave para atender, com qualidade, todas as dimensões de uma pessoa doente e em sofrimento (Querido, Salazar, & Neto, 2016).

Assim posso afirmar que desenvolvi competências ao nível do trabalho em equipa, onde a comunicação é uma das chaves para as boas práticas, quer entre pares quer entre enfermeiro e paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estágio em UCI, foi o primeiro e onde iniciei este percurso de autodesenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos. Foi para mim o mais exigente, o mais desafiante e no qual senti na pele o “voltar a ser uma iniciada” como descreve Patrícia Benner (2001) quando se refere aos enfermeiros que integram um novo serviço. O outro estágio, na Unidade de Cuidados Paliativos, foi o culminar de todo este processo e onde senti que todas as competências e objetivos, a que me propus na fase deste mestrado, foram atingidas em pleno, sentindo a minha prática mais fundamentada, mais autónoma e mais baseada na evidência científica, com mais raciocínio crítico e reflexivo, melhorando assim a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Este percurso, apesar das dificuldades sentidas, representa o culminar de um percurso de aprendizagem com enriquecimento profissional e pessoal, contribuindo para a melhoria do meu desempenho profissional. O enfermeiro deve fazer uma análise das suas práticas, de modo a ficar capacitado de perspetivar transformações que gradualmente farão parte integrante do seu quadro de referências.

Para melhor refletir todo este percurso, e os contributos que este Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, decidi realizar análise SWOT, proposta por Albert Humphrey, onde se deve a reflexão em quatro grupos: *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (faquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). Relativamente às **Strengths** relevo desenvolvimento de competências especializadas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o crescimento da prática critico-reflexiva e a valorização da prática com base na evidência, a partilha de conhecimentos e vivências, com todos os profissionais que se cruzaram comigo e a melhoria continua na prestação de cuidados à pessoa e família.

Como **Weaknesses** refiro o curto período dos estágios e o seu desenvolvimento concomitantemente com a prática profissional, e no meu

caso a maternidade. Um verdadeiro desafio no que respeita à gestão e priorização dos acontecimentos/ situações. No que respeita às **Opportunities** enumero a sensibilização para a importância da satisfação das necessidades de conforto à pessoa doente, de uma forma holística e não só baseada no conforto físico; o desenvolvimento de estratégias promotoras do conforto e da dignidade; a promoção da prática baseada na evidência, como prova da nossa arte de cuidar e o desenvolvimento da enfermagem avançada; o desenvolvimento de técnicas de comunicação em cuidados paliativos. Por último e não obstante, as **Threats** rementem-me para o não reconhecimento da profissão e dos enfermeiros especialistas, tema bastante atual nos dias que correm, e uma desmotivação para quem acredita na profissão e ainda investe no desenvolvimento profissional e da sua prática de cuidados; por outro lado as práticas fortemente enraizadas nos contextos e que não motivam o desenvolvimento e o acompanhamento da evidência científica.

Ao longo do estágio procurei desenvolver sempre uma prática baseada na evidência científica, nas teorias de enfermagem e com cariz crítico-reflexivo, suportando o meu pensar na Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba e na Teoria e Modelo de Patrícia Benner. Associado ao tema do conforto, realizei uma revisão integrativa da literatura que procurou identificar as necessidades e medidas de conforto do doente internado em cuidados intensivos. Esta revisão permitiu contextualizar o tema e os locais do estágio, contribuindo para a investigação em enfermagem, baseada na evidência científica existente. Esta, juntamente com as competências desenvolvidas dos enfermeiros contribuem para a qualidade dos cuidados de saúde. De uma forma informal (passagem de turno, conversas durante o turno ou o Journal Club) consegui partilhar e comunicar aspetos complexos do âmbito académico e profissional incentivando a alteração de comportamentos ou reflexão sobre os cuidados de saúde prestados aos doentes. O facto de transmitir este tipo de informação permitiu uma enorme abertura e partilha de vivências de todos os intervenientes. Ao nível académico este relatório demonstra a importância da formação em enfermagem e contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional de futuros especialistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aro, I., Pietila, A.-M., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing* , 21, 1847-1858.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (Q. Editora, Ed.) Coimbra.
- Carpenter, R., & Carpenter, A. H. (2003). O Ambiente dos Cuidados Críticos. In W. J. Phipps, J. K. Sands, & J. F. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica* (6a edição ed., Vol. I, pp. 637-653). Loures: Lusociência.
- Carrascal, G. C., & Ramírez, J. M. (2015). Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. *Enfermería Global* , 40, 340-350.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem. do problema aos fundamentos para o agir*. Lisboa: Almedina.
- Direcção Geral de Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.
- Dowd, T. (2002). Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto. In A. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 481-496). Loures: Lusociência.
- Dowd, T. (2002). Teoria do Conforto. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp. 482-495). Loures: Lusociência.
- Fleury, A., & Fleury, M. L. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea* , pp. 183-196.
- Grap, M. J., & all, e. (2012). Sedation in Adults Receiving Mechanical Ventilation: Physiological and Comfort Outcomes. *American Journal of Critical Care* , 3, 53-64.

- Gómez, A. G., Prieto, A. M., & Lian, A. H. (2017). Comfort of Patients Hospitalized in Intermediate and Intensive Care Units. *Enfermeria Global* , 45, 281-294.
- Góngora, M. R., & Heredia, L. D. (2018). Comodidad del paciente en una unidade de cuidado intensivo cardiovascular. *Avances en Enfermería* , 36 (2), 188-196.
- Henricson, M., Segesten, K., Berglund, A.-L., & Määttä, S. (2009). Enjoying tactile touch and gaining hope when being cared for in intensive care - A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and Critical Care Nursing* , 25, 323-331.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no Hospital: enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Isabel, N. G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In N. G. Isabel, & A. e. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 1-22). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica* . Lisboa.
- Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos - confrontar a morte*. (U. C. Editora, Ed.) Lisboa.
- Ponte, K. M., & all, e. (2012). Contribuição do Cuidado Clínico de Enfermagem para o Conforto Psicoespiritual de Mulheres com Infarto Agudo do Miocárdio. *Esc. Anna Nery* , 16, 666-673.
- Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Félix, J. V., & Meier, M. J. (mar-abr de 2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao doente crítico. *Rev. Bras. Enferm.* , 174-9.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, I. G. Neto, & e. all, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 815-831). Lisboa.

- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Tolotti, A., & all, e. (2018). The communication experience of tracheostomy patients with nurses in intensive care unit. A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 46, 24-31.

LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril - **Código Deontológico do Enfermeiro (CDE)**
- Decreto-Lei 104/1998, de 21 de Abril (alternado e republicado como Anexo à Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro) - **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE)**
- Decreto-Lei 161/1996, de 4 de Setembro - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**
- Decreto-Lei 284/99, de 26 de Julho – **Regime dos Centros Hospitalares e grupos de hospital do SNS**
- Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro de 2012 - **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos**
- Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro de 2015 - **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros** (segunda alteração ao estatuto aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril de 1998)

APÊNDICES

APENDICE I

*REFLEXÃO CRÍTICA – A Gestão da Esperança de um doente com
Assistência Ventricular Externa*

A Gestão da Esperança de um Doente com Assistência Ventricular Externa

Desde a componente teórica na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica II que me ficou o 'bichinho' pela Cirurgia Cardiorácica. Apesar de já ter alguma admiração pela área, depois de aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática tive a certeza que queria realizar um dos ensinamentos clínicos em cirurgia cardiorácica. E dentro da área, como não escolher o centro de referência nacional em cirurgia cardiorácica? O Hospital de Santa Marta e a Unidade de Cirurgia Cardiorácica são referência a nível nacional no que respeita a transplante pulmonar, transplante cardíaco, cardiopatias congénitas e ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal). Era ali que queria estar e aprender com os peritos. O 'bichinho' do tecnicismo e intensivismo apoderou-se de mim e pedi estágio para a Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta. Era um desafio, algo novo, um *input* na minha motivação mas ao mesmo tempo receio por poder não estar à altura das situações.

Quando cheguei ao serviço parecia uma criança, vislumbrada por toda aquela panóplia de máquinas, o rodopio dos enfermeiros, os alarmes das seringas infusoras e dos ventiladores, os doentes a entrar e sair do bloco operatório rodeados de profissionais de saúde. Era verdade. Estava ali, no serviço onde se dá novas oportunidades de viver. Onde existem verdadeiros milagres.

Depois deste primeiro encantamento, "cai-me a ficha". E quando as coisas correm menos bem? E quando nem aqui, onde as pessoas criam altas expectativas, existem segundas oportunidades? Como se gere isto tudo? Esta é a reflexão que quero fazer sobre a minha passagem neste serviço.

No decorrer do meu estágio, tive oportunidades de conhecer e desenvolver competências no cuidado a doentes com dispositivos de assistência ventricular (DAV). Os DAV ajudam a suportar a função normal do coração, prolongam a vida e melhoram a qualidade de vida das pessoas que

sofrem de insuficiência cardíaca avançada. A literatura enumera três principais razões para o uso destes dispositivos: **ponte para o transplante** - mantendo o doente vivo até ser encontrado um dador para o transplante; **ponte para a recuperação** – para deixar o coração “repousar” e recuperar algum do funcionamento normal; ou como **terapia de destino** – para suportar a circulação durante uns anos, naqueles doentes em que transplante cardíaco está contraindicado. Mas ainda existem outra razão – **ponte para a decisão**, em doentes com colapso circulatório agudo e risco elevado de mortalidade imediata, até à avaliação clínica completa.

Verdadeiros avanços na medicina e que trazem novas ‘baterias’ de esperança aos doentes com insuficiência cardíaca avançada. Durante o decorrer do meu estágio tive a sorte de presenciar um caso de sucesso no uso do DAV como terapia de destino. Um utente, sexo masculino, sessenta e poucos anos, com uma insuficiência cardíaca avançada mas sem critérios para transplante cardíaco. Tinha sido sujeito à implantação de um HeartMate II, um dispositivo de assistência ventricular externa de reduzido tamanho e com maior durabilidade. Este dispositivo é implantado no ventrículo direito e aorta e tem um sistema de controlo externo que funciona com baterias. Apesar de aumentar a esperança e qualidade de vida dos doentes é necessário ter em conta se o doente terá capacidade para controlar e manusear o dispositivo após internamento hospitalar. Neste ponto, o enfermeiro tem um trabalho crucial no que respeita aos ensinamentos e aquisição de competências, por parte dos utentes, para o manejo do dispositivo. Nem sempre um trabalho fácil, mas quando atingido a sensação é a melhor. Mais uma missão cumprida e a devolução de uma nova vida.

Mas nem sempre correr tudo bem.

Foi o caso do Sr. F., doente do sexo masculino, alentejano, com sessenta e poucos anos, antecedentes cardíacos, proposto para transplante cardíaco mas com necessidade de DAV, como ponte para o transplante. Assim, ficou ligado ao Levitronix CentriMag, um dispositivo circulatório mecânico, com circuito de cânulas externas, com heparinização, ligado a um controlador onde é programado as rotações por minuto e o fluxo sanguíneo. Por estarem com dispositivos externos, apesar de o mais fisiológicos possíveis, têm necessidade de infusão contínua de drogas vasoativas e

anticoagulantes. Ao início, doente calmo, consciente e orientado, aparentemente. Com alguma dificuldade nas tentativas de levantar por hipotensão ortostática, ali estava ele sempre no leito a aguardar. Ninguém na equipa falava ainda do transplante nem o abordavam do ponto de vista da gestão de sentimentos e emoções. A família toda no Alentejo sem capacidade para estar presente todos os dias, aquelas duas horas da visita.

Passados uns dias os parâmetros inflamatórios começam a piorar e o doente desenvolve uma infeção. Situação bastante comum nos doentes com DAV, normalmente pela flora saprófita da pele, com ponto de partida do orifício de entrada da 'driveline' percutânea. Há um declínio do estado geral do doente e as coisas começam a complicar. Por este risco de infeção comum as cânulas também devem ser trocadas após algumas semanas, mas o doente já não estava em condições para ser sujeito a esta substituição, e protela-se a ida ao bloco operatório. Acabei por questionar se o doente ainda estaria em condições para se manter na lista para transplante. Disseram que sim. No decorrer dos dias o doente vai sendo estabilizado hemodinamicamente e finalmente aparece o coração novo. O Sr. F. foi finalmente ao bloco operatório para ser submetido ao tão aguardado transplante cardíaco. A cirurgia correu relativamente bem e regressa à nossa unidade de cuidados intensivos. Mas as coisas pioram e o doente acaba por falecer poucos dias depois.

Fiquei apavorada com esta situação.

Levantei bastantes questões quanto a este caso e muito me serviu para refletir. Do ponto de vista técnico fez-se todos os possíveis e impossíveis para que a situação tivesse um final feliz, é verdade. Mas e o doente? E aquela família? Que ações deviam ser tomadas neste sentido? Antes do transplante, como se gere a esperança de um doente que está ligado a uma máquina, à espera de um coração novo, sem data? Será que estava confortável? Os contratemplos acontecem, as situações inevitáveis ocorrem mas será que fizemos tudo o que estava ao nosso alcance por aquelas pessoas?

Apesar de não ter tido um papel muito efetivo neste caso, e de não ter tido a capacidade intervir para mudar nada neste desfecho, ficou-me a clara certeza de que muito há a fazer e a mudar nas unidades de cuidados

intensivos. É uma área onde a cura está presente a maioria das vezes, a morte é quase escassa, mas as pessoas continuam a ser pessoas, no seu todo, e não apenas 'transportadoras' de doenças. O cuidados intensivos devem ser muito mais para além das técnicas. Cuidar intensivamente de pessoas deve acarretar não só a componente física mas também a psicoespiritual, a sociocultural e a ambiental. As unidades de cuidados intensivos não têm de ser um 'bicho papão' de técnicas mas sim locais mais humanizados e onde se fazem milagres todos os dias. E por falar disso, no final do meu estágio tomei conhecimento de um projeto espanhol, projeto HU-CI. Este projeto propõe certificar o cumprimento de linhas de trabalho standard na humanização das unidades de cuidados intensivos. Este programa de certificação contém 159 estratégias distribuídas em 7 áreas de intervenção como é o caso de: "UCI de portas abertas: presença e participação dos familiares nos cuidados", "comunicação"; "bem-estar do paciente"; "cuidados ao profissional"; "síndrome pós-cuidados intensivos"; "cuidados em fim de vida" e "infraestruturas humanizadas". Este projeto veio corroborar a minha afirmação anterior de que muito há a fazer e que é possível criar UCI's mais humanizadas que não olhem apenas para a vertente tecnicista. E não estamos a falar de coisas difíceis de alcançar. Muitas das medidas compiladas neste Manual de Boas Práticas de Humanização de Cuidados Intensivos são fáceis de implementar: medidas como o acesso flexível à família dos doentes internados; existência de protocolos relativos à participação da família em cuidados ao doente em UCI; existem ferramentas para identificar as necessidades emocionais, psicológicas e espirituais dos familiares; apoio psicológico tanto para doentes como familiares entre outras. Medidas simples que fariam toda a diferença nos doentes, principalmente no que diz respeito ao conforto psicoespiritual, assunto muitas vezes esquecido e desvalorizado neste tipo de ambientes.

Por ser aluna e ter como temática de mestrado o conforto, apesar de não ter alcançado nenhuma mudança significativa no serviço, tentei, pela minha abordagem aos doentes e às situações, por em questão algumas coisas. Penso que muitas vezes os profissionais são os principais agentes de mudança e cabe apenas a cada um saber o que querem fazer para mudar este paradigma. Muito haveria a fazer mas penso que essa mudança tem de

ser incentivada pelas chefias ou membros da equipa. Equipas de peritos, habituadas a um método de trabalho dificilmente se deixariam influenciar, efetivamente, por alguém externo, como um aluno de mestrado.

Posso concluir que o estágio teve um curto espaço de tempo para que a minha presença neste serviço trouxesse algo de mudança para a equipa. O facto de nunca ter trabalhado num serviço de cuidados intensivos levou-me a preocupar-me com coisas mais técnicas e rotineiras e a minha integração a prolongar-se mais do que era meu desejo. Mas acredito que do ponto de vista do dia-a-dia a minha presença trouxe pontos positivos à equipa apesar de ter sentido que muito haveria por fazer nesta área da esperança e do conforto psicoespiritual. Cuidados Intensivos tem de significar cuidar intensivamente a pessoa em todas as suas dimensões.

Mestranda: Isabel Godinho Relvas

Orientadora: Maria de Lurdes Martins

Data: 20 de Outubro 2018

APENDICE II

REFLEXÃO CRÍTICA – Transporte inter hospitalar de doentes críticos

Transporte inter hospitalar de doentes críticos

A minha reflexão assenta nos cuidados ao doente crítico com necessidade de transporte inter hospitalar no decorrer do meu internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Especializados (Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotorácica) do Centro Hospitalar Lisboa Central. Estando a falar de uma UCI integrada num centro hospitalar, sabemos que nem todos os serviços/especialidades se encontram fisicamente no mesmo hospital e sim divididos pelos diversos hospitais do centro hospitalar. Isto faz com que o transporte/transferência de doentes entre hospitais seja uma prática comum.

A decisão de transporte de um doente crítico pressupõe a avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte. Os riscos associados a este tipo de transporte envolve duas vertentes: o risco clínico (situação clínica do doente e outros factores que afectam a fisiologia cardiorrespiratória do doente e fiabilidade da monitorização, como é o caso das diferenças de temperatura, vibrações e aceleração-desaceleração no transporte) e o risco de estrada (risco de colisão, aceleração-desaceleração e vibração do veículo de transporte). No sentido de minimizar os riscos de transporte o doente deve ser, sempre que possível, previamente estabilizado no hospital de origem, devendo efectuar-se intervenções diagnósticas e terapêuticas que se preveja serem necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações e outras). O transporte deve ser encarado como uma extensão do hospital, sendo o serviço requerente do transporte o responsável legal e técnico do mesmo. Uma vez tomada a decisão, a transferência deve ser efectuada o mais rapidamente possível, devendo-se garantir que o serviço receptor estará à espera do doente com todos os meios necessários de tratamento e vagas para a sua permanência. O caso que apresentarei reporta-se ao início de estágio na Unidade de Cuidados intensivos de Cirurgia Cardiotorácica de um Centro Hospitalar de Lisboa:

Sr. A.G., doente do sexo masculino, 80 anos, natural de Beja. É internado naquela UCI vindo do Hospital de Beja por doença cardiovascular do tronco comum + 3 vasos e estenose aórtica moderada. De antecedentes

tinha: HTA, dislipidemia, 2 AVC (o último à 2 anos) e como sequelas tinha apenas disartria e desvio da comissura labial. Previamente autónomo, vivia com a esposa e duas filhas. Apresentava cansaço fácil mas com NYHA I-II, ou seja, com leves ou nenhuma limitações nas atividades de vida diária. Dia 29/9 às 4h desenvolve um EAM sSST, com dor torácica em repouso, sudorese e dispneia. Analiticamente com aumento das troponinas. Realiza ETT (Ecocardiograma Transtorácico) com o ventrículo esquerdo não dilatado e uma fração de ejeção de 68%. É proposto para cirurgia. Dia 4/10 realiza colocação de prótese biológica + CABG (3x), ou seja, Coronary Artery Bypass Grafting com utilização da artéria mamária interna esquerda para a artéria descendente anterior, a artéria safena para a artéria obtusa marginal e da outra artéria safena para a artéria intraventricular posterior. A cirurgia decorreu sem intercorrências e o doente entra na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica. Pós operatório imediato sem complicações mas após 24h com intercorrências: FA c/ RVR e HG:7,7. Aquando dos cuidados de higiene com aparente hemiparesia esquerda. Alertei a minha enfermeira orientadora, pois das sequelas dos anteriores AVC's não havia nada descrito quanto a hemiparesia. Chamámos a equipa médica para avaliar e realmente alguma coisa não estava bem. Após avaliação mais rigorosa pela equipa médica decide-se que o doente precisa de realizar uma angiografia diagnóstica, procedimento realizado para visualizar os vasos sanguíneos do cérebro de forma a diagnosticar e tratar corretamente estenoses ou bloqueios. É um procedimento minimamente invasivo com inserção de um cateter numa grande artéria ao nível inguinal ou no braço, sendo depois guiado no interior da artéria até chegar ao nível do pescoço e cabeça. Para isso é injetado um contraste que permite visualizar os vasos com auxílio de raios-x. Este procedimento requer uma sala especial com equipa de profissionais especializados. Dura aproximadamente 30 minutos e é realizado sob sedação, com apoio de um médico anestesiologista. Por aquele hospital estar inserido num centro hospitalar, não existia serviço de Neurrorradiologia naquela instituição. Era necessário transportar o doente para outro hospital a fim de realizar aquele procedimento.

Quando falamos em centro hospitalar sabemos que os serviços não estão todos reunidos num só hospital mas centralizados por serviços em

cada um dos hospitais do centro hospitalar, o que leva a um aumento dos transportes inter-hospitalares. Assim sendo, deveria existir maior agilidade nesta articulação do que aquela que presenciei. O pedido foi feito mas a gestão com a ambulância foi deficitária. A informação não chegou completa e demoraram mais do que era suposto. Neste situação em concreto, estamos a falar numa situação de urgência, que demorou mais de 1h até à chegada do transporte. A tripulação da ambulância não tinha percebido a gravidade da situação e iniciou o transporte sem marcha de emergência já para não falar que, infelizmente, a calçada portuguesa não ajuda em nada o transporte de doentes em situação crítica. Uma distância relativamente perto, entre hospitais, demorou mais tempo, pois apesar da emergência a ambulância não podia circular a mais de 30km/h pela instabilidade do doente em questão. À chegada à sala de angiografia a equipa já estava á nossa espera e o doente entrou logo para efetuar o procedimento, mas a médica que nos acompanhava foi logo informada que o doente não iria poder permanecer naquele hospital após o procedimento, como era expectável, pela inexistência de vagas. Ou seja, depois de um transporte de um doente instável ainda tínhamos que levar o mesmo de volta, após um procedimento invasivo sem hipótese de recobro naquelas instalações. O que mais poderia correr mal? O mais caricato ainda estava para acontecer. O doente levava, entre outras coisas, uma linha arterial canulada com o devido sistema. Aquando da transferência do doente para a maca da sala de angiografia deparámo-nos que, para além de a equipa não estar habituada a ter doentes com linha arterial já colocada o sistema de leitura não era igual, apesar de estarmos a falar do mesmo centro hospitalar. Ou seja, apesar de serem hospitais diferentes pertencem ao mesmo centro hospitalar e seria muito mais facilitador a dinâmica entre hospitais se o material de ambos fosse o mesmo, afim de não acontecerem intercorrências como esta. Tínhamos um doente instável, numa sala de hemodinâmica a fim de realizar um procedimento urgente e tivemos que substituir toda a linha arterial porque os materiais não são compatíveis. No mínimo caricato. Depois disto tudo, o doente é preparado para realizar a angiografia, supostamente anestesiado e entubado nasogastricamente, mas as coisas não correm como esperado, a anestesia não teve efeito o doente começa a mexer-se na maca aquando da

introdução da SNG pelo que teve de ver entubado orogastricamente e aumentada a sedação. As pressões arteriais do doente muitas desfasadas, entre a invasiva e não invasiva, com dificuldade, por parte da anestesista, em controlar a pressão arterial invasiva ao que se vem a perceber ter a haver com o sistema da linha arterial e o não alinhamento da maca ao sistema (zerar o sistema). Esta situação seria talvez evitável se não tivesse existido o constrangimento da incompatibilidade do material. Apesar de tudo o angiografia correu conforme o expectável. O doente tinha realmente uma estenose quase completa de um vaso e houve necessidade de colocação de stent, mas após isso os défices presenciados naquela manhã iriam reverter, supostamente. Assim o esperávamos depois de tudo.

Outra das falhas na articulação entre hospitais do mesmo centro hospitalar tem a ver com o sistema de monitorização de sangue e hemoderivados. O procedimento é realizado através de um sistema chamado Gricode, que funciona à base de uma pulseira colocada ao doente e que será intransmissível e depois uma leitura de códigos de barras que terão de ser compatíveis com os códigos dos hemoderivados. Ora, nesta situação, o que sucedeu foi que o doente, por uma hemoglobina de 7,7 g/dl, iniciou uma unidade de sangue na unidade de cuidados intensivos que acabou por terminar na sala de hemodinâmica. Por lapso o doente não levava a pulseira Gricode mas mesmo que levasse o sistema naquele hospital não permitia terminar a monitorização daquela unidade de sangue, iniciada noutra hospital. Penso que hospitais do mesmo centro hospitalar deveriam ter uma consonância de procedimentos, materiais e sistemas informáticos, para haja uma real articulação entre hospitais facilitando a mobilidade dos doentes e o trabalho dos profissionais.

E não podendo acontecer nada, no momento da transferência do doente novamente para a maca da ambulância o mesmo tem um vomito com aparente aspiração, apesar da SNG. É logo aspirado na sala mas as saturações não aumentavam e teve de ser sedado e entubado orotraquealmente. Resumidamente, o transporte para a sala de hemodinâmica tinha sido urgente mas o regresso à unidade de cuidados intensivos não foi mais estável. Transportávamos agora um doente instável

do ponto de vista cardiorrespiratório, após um procedimento invasivo e sem tempo de recobro. Apesar de todos os contratemplos, o transporte de regresso decorreu sem intercorrências e o Sr. A.G. reverteu o quadro de hemiparesia esquerda, após alguns dias.

Esta situação, apesar de um final feliz, conseguiu alinhar um inúmero caso de infelicidades. Por isso mesmo levou-me a refletir a importância de existirem protocolos de transporte de doentes e de as equipas serem formadas para estas situações, ainda mais nos centros hospitalares onde estas situações acabam por ser mais frequentes devido à centralização de serviços. Relativamente a protocolos, eles existem mas ou não são do conhecimento das equipas ou não estão adaptados à atual realidade. Quando falamos em centros hospitalares não podemos criá-los apenas do ponto de vista burocrático, para centralizar serviços e equipas ou para criar centros de referência, temos que pensar em todas as dinâmicas inerentes a eles, como o transporte agilizado de doentes entre hospitais ou o uso dos mesmos consumíveis em todas as instituições do mesmo centro hospitalar. Estas medidas favorecem tanto a segurança dos doentes como dos profissionais, numa realidade cada vez mais presente nos nossos dias.

Mestranda: Isabel Godinho Relvas

Orientadora: Maria de Lurdes Martins

Data: 30 de Outubro 2018

APENDICE III

REFLEXÃO CRÍTICA – O conforto daqueles que ‘já não há mais nada a fazer’

O conforto daqueles que ‘já não há mais nada a fazer’

Esta reflexão surgiu no decorrer do estágio numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, onde a visão e abordagem do doente é feita de forma integral e multidisciplinar, proporcionando a eles e às suas famílias cuidados de saúde rigorosos, humanizados, que contribuam para o conforto, dignidade e qualidade de vida.

Sendo eu enfermeira num a serviço de Medicina Interna e Especialidades Médicas, a minha visão sobre cuidados paliativos no âmbito profissional é muitíssimo reduzida e, apesar de saber que muito há a fazer quando a vertente já não passa por curar, o que observo todos os dias é que existe quase um abandono para com esses doentes ouvindo-se muitas vezes que são aqueles que ‘já não há mais nada para fazer’. O querer realizar um dos meus estágios de mestrado numa unidade de cuidados paliativos prendeu-se muito com esta necessidade de ver e aprender com aqueles que cuidam destes doentes que a sociedade rotula desta maneira.

Assim que entrei nesta unidade deparei-me com um serviço que privilegia o conforto do doente e sua família e que está lá para qualquer coisa. São quase como uma ‘unidade de cuidados intensivos do conforto’.

O caso que vou descrever prende-se com uma situação que por ignorância ou abandono clínico, não acontece na maioria dos serviços, pois encara-se este tipo de doentes com os que ‘já não há mais nada a fazer’.

Vou relatar o caso da Dona O., uma senhora que já estava internada no serviço quando iniciei o meu estágio na Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados. É uma senhora de 66A anos com o diagnóstico de um glioblastoma multifocal em progressão, sob segunda linha de quimioterapia (C1 lomustina + bevacizumab). Fez um ciclo e suspendeu por agravamento da doença. Uma situação irreversível e incapacitante. O seu agregado familiar é constituído pelo marido, o Sr. V. e uma filha, a C., com uma doença cognitiva não diagnosticada.

A Dona O. está cada vez mais debilitada e com diminuição da força nos membros inferiores o que faz com que necessite de uma ajuda total nos

cuidados de higiene. Mesmo assim, todos os dias a doente realiza os seus cuidados de higiene ao WC, por ser a sua preferência. Aquando da sua necessidade de eliminação a Dona O. não consegue usar a arrastadeira, e por ser continente também não usa a fralda. Assim, sempre que necessita solicita ajuda. A enfermeira e a auxiliar transferem a doente para a cadeira sanitária para esta poder ir ao WC. Mas a Dona O. sente-se cada vez mais dependente e verbaliza que 'se sente um fardo'. Apesar que o discurso da equipa clínica ser sempre no sentido de estarmos lá para a ajudar em tudo o que precisar e que ela não é, de todo, um fardo para nós, começou-se a observar uma redução nas solicitações para ir ao WC. A equipa começou a estar mais atenta a esta situação e a reforçar a necessidade de ela ir à casa de banho. Apesar de ela dizer, quase sempre, que não sente vontade em ir ao WC, quando chamava estava sempre com um globo vesical notório. Paralelamente a esta situação a Dona O. apresentava-se cada vez mais dependente nos outros autocuidados, como por exemplo na alimentação, e já não possui postura corporal para a posição de sentada. Esta situação passa a constituir um problema para a equipa e discute-se em equipa multidisciplinar qual será o próximo passo. Algaliámos a doente por aparente retenção ou recusamos técnicas invasivas uma vez que a mesma continua a eliminar? A decisão não foi da equipa multidisciplinar. Apesar de acharmos que a solução seria algaliar a doente por aparente retenção, uma vez que a doença estava a progredir e que ela podia não solicitar ajuda não para não incomodar mas por não ter o mesmo grau de sensibilidade, a última decisão seria da utente. A minha orientadora e eu ficámos responsáveis por expor a situação à D. O. e, uma vez que a mesma se encontra consciente e orientada, a mesma decidiria o que seria melhor para ela tendo como vista o ser conforto. Depois de colocados todos os prós e contras à doente, a mesma disse que iria pensar e depois avisava quando tivesse decidido. A decisão foi respeitada e no dia a seguir a D. O. afirma que quer ser algaliada. Nesse momento senti que este era o melhor procedimento que se podia ter. Incluir o doente em todas as decisões relacionadas com ele deveria ser a prática constante nos nossos cuidados. Ali eu senti que estava a ser enfermeira com cuidados especializados e individualizados e com verdadeiro enfoque no doente.

Procedemos à algália e apesar de a mesma referir que não tinha vontade de urinar, após a introdução da algália saiu logo uma quantidade significativa de urina, o que confirmava o provável quadro de retenção urinária. A doente ficou bastante mais aliviada apesar de me ter verbalizado: 'Sinto que agora estou a entregar os pontos'. Pude concluir que a hesitação dela para a algália prendeu-se com o facto de ela achar que a redução da sua autonomia significava uma desistência perante a doença. Tive uma pequena conversa com a Dona O. para tentar desmistificar este facto e dar-lhe alguns inputs de coragem. Tudo aquilo não significava que se estava a entregar à doença mas sim a gerir um desconforto e uma situação que lhe trazia mais ansiedade do que bem-estar. Ela agradeceu e eu sorri e senti-me verdadeiramente enfermeira, promotora da arte do cuidar.

Os dias foram passando e a Dona O. apresentava-se cada vez mais dependente e com maior espasticidade nos membros superiores e inferiores. Já não era benéfico o levante para o cadeirão, por já não apresentar postura de sentada, e os cuidados de higiene começaram a ser no leito. Após alguns dias voltamos a ficar responsáveis pela Dona O. Quando questionada sobre a higiene no leito a D. O. verbaliza que: 'não é a mesma coisa do que ir ao duche' e a enfermeira e eu decidimos levar a Dona O. em maca-banheira ao banho assistido. A utente tomou um banho de duche, apesar das suas limitações, e foi colocada música ambiente para que este cuidado de higiene fosse também um momento de relaxamento. A doente nem queria acreditar, pensava que nunca mais iria tomar um banho de duche e sentir a água a correr pelo corpo. E que bem me soube aquele pequeno momento de bem-estar. São gestos destes, que podemos fazer todos os dias, que fazem a diferença na vida dos doentes e nos enchem a alma. Ela agradeceu e quando o marido chegou para a visita ela contou-lhe o que se tinha passado na higiene: 'Eu hoje tomei novamente banho de duche'. Os olhos dela brilharam novamente e eu pude presenciar aquela felicidade numa coisa tão simples mas que foi o suficiente para lhe trazer não só bem-estar/conforto físico mas também psicológico.

A situação da Dona O. está a evoluir e ela própria sabe disso. Ao longo dos dias começou-se a notar que o fâcies dela estava mais triste e já não mostrava aquele sorriso característico. Interpelámo-la sobre este facto e,

depois de alguma insistência a mesma verbaliza que tem uma angústia. A sua única angústia é o futuro da filha quando ela partir. A Dona O. era a principal cuidadora da filha. O marido apesar de muito presente não sabe muito bem orientar as coisas da filha e isso traz uma preocupação acrescida à Dona O. apesar de terem atualmente a ajuda informal de uma prima.

Angustia?!

A situação foi tomada como urgente e a equipa médica reuniu esforços para tentar resolver. A solução seria institucionalizar a C. e a família reuniu com a Assistente Social da unidade para saber o que poderiam ser feito neste sentido. Surgiu outro problema, a C. não tinha um diagnóstico médico que formaliza-se a sua incapacidade, uma vez que a Dona O e o Sr. V. sempre acharam que a C. era apenas surda/muda. As coisas complicaram-se mas a equipa não ficou de braços cruzados perante esta angústia da Dona O. Foi marcada uma consulta de Neurologia para a C. naquela semana para que a institucionalização da C. acontecesse o mais breve possível, acabando assim com a angústia da Dona O.

Com este caso muitas coisas há para refletir. Desde já é de salientar que desde o primeiro instante que me cruzei com a Dona O. tive alguma empatia com ela. Não sei se pela sua situação clínica e contexto familiar se por apenas ser uma senhora de sorriso fácil e muito afável sempre que abordada.

Na maioria dos serviços de um hospital, os doentes que têm a sua morte anunciada, geralmente vivem um processo lento e tecnológico, onde os seus problemas são parte do serviço médico e de enfermagem mas em que o enfoque está na doença, na cura e no prolongamento da vida, em vez de centrados na pessoa, no cuidados e no conforto.¹ Aquele serviço é antagonista a todos os outros onde já pude estar. Ali o doente e sua família são verdadeiramente estimados e o seu conforto altamente valorizado. Sinto que realmente muito há a fazer quando a cura já não é a meta e que é possível morrer bem. Nesta minha prestação de cuidados senti que mobilizei algumas das competências de enfermeira especialista, como a de: - Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou

¹ Pereira, Sandra Martins. 2010. **Cuidados Paliativos – confrontar a morte**. Universidade Católica Editora. Lisboa. ISBN: 978-972-54-0279-5

falência orgânica, otimizando as respostas; - Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; - Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; - Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica. Apesar de me sentir à vontade no que diz respeito ao estabelecimento da relação terapêutica sinto que muito tenho para aprender com esta equipa no que diz respeito a técnicas de comunicação. Nesta situação com a Dona O. tentei tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas. Consegui implementar intervenções promotoras de conforto (manutenção da esperança realista, promoção de um ambiente calmo e relaxante, comunicação serena e encorajadora e relação empática) e intervenções promotoras da dignidade (trabalhar expectativas realistas e redefinindo os objectivos de vida, ajudando a viver o presente, mostrar interesse na história de vida da pessoa, promover a resiliência e aceitação, incentivar o recurso a práticas de relaxamento, a ouvir música, com ênfase para a transcendência do sentido da vida e da morte). Foi uma situação que me tocou mais de perto uma vez que houve uma continuidade de cuidados e onde senti um retorno após as minhas ações.

Apesar de sentir que cresci muito com esta situação no que diz respeito à relação terapêutica e à comunicação com o doente e família, sinto também que a minha prática ficará mais enriquecida com esta minha passagem na Unidade de Cuidados Paliativos. Esta é sem dúvida uma visão dos cuidados ao doente que quero manter na minha prática diária como enfermeira e futuramente como especialista.

Mestranda: Isabel Godinho Relvas

Orientadora: Maria de Lurdes Martins

Data: 25 de Novembro 2018

APENDICE IV

*REFLEXÃO CRÍTICA – Quando comunicar é mais do que transmitir
informação*

Quando comunicar é mais que transmitir informação

Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012, de 5 de Setembro), entende-se por **Cuidados Paliativos**, *os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fases avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.*

Inerente a esta definição está a importância da **comunicação** – assuntos delicados, pessoas frágeis, famílias ansiosas e profissionais nem sempre preparados para a comunicação.

Quando cheguei à Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados este era um daqueles temas que me suscitava mais interesse porque sabia que não estava totalmente preparada para o fazer. Como comunicar más notícias? Como ser verdadeiro em toda a informação e mesmo assim ter o controlo da situação? Senti necessidade de me debruçar mais sobre este assunto porque ali, assim como em toda a nossa prática, a comunicação está intrinsecamente ligada a todos os nossos cuidados, mas toma real importância quando falamos em pessoas com doença avançada e terminal, sem perspectivas de cura e muitas vezes em sofrimento.

Percebi de imediato que comunicar é muito mais que transmitir informação. É frequente encontrar-se estes dois termos usados indistintamente, mas a informação é apenas uma parte da comunicação e aí surge habitualmente um grande dilema: informar, ou não, com toda a verdade o doente. Os estudos referem que a maioria dos doentes conhece a natureza da sua doença mas por essa razão deveriam ter a oportunidade de solicitar a informação, marcar o ritmo, o tempo ou escolher os interlocutores e a forma como gostaria que lhe fosse transmitida. Existem doentes que exigem diagnósticos; outros pedem o diagnóstico mas ao mesmo tempo mostram

não querer uma informação clara sobre a verdade “é verdade que não tenho cancro?”, “será mesmo esclerose múltipla?” ; e aqueles que não se interessam em absoluto pelo diagnóstico.

Qual é o nosso papel enquanto profissionais? Como agir face a esta variedade de cenários? Temos de estar preparados e dotados de competências na área da comunicação. Apesar de não parecer uma área ‘tecnicista’ existe e exige bastante estratégia na base de uma boa comunicação, por esse mesmo facto é que alguns profissionais “fogem” dos doentes e família. Não é que não saibam informar, mas sentem que não estão preparados para comunicar eficazmente. Comunicar eficazmente é simultaneamente importante e difícil e constitui um desafio, porque implica utilização e desenvolvimento de perícias essenciais à comunicação entre o técnico de saúde, a pessoa doente e a família (Gask, 2000).

Como referem os autores, no capítulo da Comunicação no Manual de Cuidados Paliativos (2016), é fundamental que a comunicação se desenvolva com base na agenda do doente, isto é, de acordo com as suas necessidades de informação, as suas preocupações e expectativas. A esperança realista – cumprimentos de metas realistas e viáveis – deve ser incentivada e viabilizada pela equipa de Cuidados Paliativos, questionando o doente sobre estes aspectos e incluindo-os no plano de cuidados.

O direito à verdade é reivindicado como um direito fundamental da pessoa e é a expressão do respeito que se lhe deve (Sancho, 1999). Negar a verdade ao doente, em Cuidados Paliativos, é impedi-lo de viver como ‘protagonista’ a última fase da sua vida, não sendo possível a autonomia sem informação. Não existem pactos de silêncio. E como começar quando os familiares se acham ‘donos da verdade’?

O Sr. A. entrou na Unidade de Cuidados Paliativos, vindo da Unidade da Unidade de Cuidados Intensivos, com o diagnóstico de Neoplasia Pulmonar supostamente a aguardar confirmação pelos exames complementares de diagnóstico, 68 anos, seis filhos, com esposa mas a viverem em casas separadas, tio do médico X. Logo no momento do acolhimento percebemos que as expectativas estavam desalinhas. O Sr. A. vinha acompanhado por um dos filhos, o gestor do caso, e entendemos que existia ali um pacto de silêncio, uma desinformação quanto ao

internamento e expectativas irrealistas. Era necessário começar a intervir logo ali. Mas como? Perceber o que cada um sabia; o que esperava da equipa; o que entendia por Cuidados Paliativos; o que sentia; qual seria a nossa intervenção; qual era o nosso objectivo enquanto equipa; explicar aos familiares o prejuízo dos pactos de silêncio, a importância da verdade sobre o diagnóstico e a gestão da informação; demonstrar o nosso compromisso terapêutico à família e ao doente. Nesta situação, era preciso começar do zero. Apesar de ser precoce, de ainda não existirem todas as informações para transmitir o diagnóstico com certeza, era necessário desmistificar conceitos, alinhar as expectativas, dos familiares e do doente, devolver ao doente o controlo da situação e estabelecer um plano de acompanhamento.

Esta caso do Sr. A. ocorreu no final do meu estágio e neste momento já me senti preparada para, em conjunto com a minha orientadora, ter uma abordagem efetiva no processo de comunicação com este cliente e sua família.

No decorrer do meu estágio existiram diversas situações que demonstraram o valor da comunicação. Ela é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente, como foi o caso do Sr. B.

O Sr. B. Era um doente oncológico com uretostomia direita, internado na unidade à alguns dias. Viúvo, viva com a filha, o genro e o neto, consciente, orientado com necessidade de ajuda parcial nas atividades de vida diária. Apesar de saber do seu diagnóstico passavam que era uma pessoa que não falava muito nem gostava que falassem muito sobre o seu diagnóstico. Num dos turnos que ficamos responsáveis por ele, percebi que era muito difícil de criar um diálogo para além do essencial. Estava perante um desafio de comunicação. Aquando dos cuidados de higiene comecei a perceber que o Sr. B era adepto efusivo do Benfica, e quando digo efusivo, era mesmo um entusiasta. O Benfica era o seu 'botão on' para toda e qualquer conversa e relação terapêutica. Eu, também adepta do Benfica, usei essa minha característica pessoal para melhor gerir a comunicação com o cliente. Estava estabelecida a confiança e a empatia. Quando, passados uns dias começou a ter febre associada a uma provável infeção urinária o Sr. B. , numa das minhas visitas, comentou 'já não vou chegar ao Natal'. Achei

estranho aquela afirmação e questioneei-o: ‘Porque está a dizer isso Sr. B. ? O que o preocupa? É por causa da febre e dos tremores?’, ao que ele respondeu: ‘Então já viu? Hoje tiraram-me muito sangue, tenho febre, estou sempre a tremer, deve ser tudo por causa da minha doença (o cancro). Sabe o que tenho não sabe?’. Ao que lhe respondi: ‘ sei sim Sr. B. não estou no seu lugar mas imagino o que deve estar a sentir. É natural que se sinta nervoso e preocupado com a situação’.

O facto de ele não verbalizar o que sentia e de não ter abertura para expressar os seus medos e receios estava a deixá-lo angustiado com aquela situação, fazendo com que cria-se falsas expectativas. Naquela pequena abordagem, orientei-o para o que se estava a passar. Expliquei-lhe que os tremores estavam associados à febre e que aquela situação era expectável face à possível infecção urinária que tinha. As análises que lhe tinham colhido tinham servido para diagnosticar a infecção urinária e que nada tinha a ver com a evolução do cancro. Apesar de se poder sentir mais debilitado isso não significava que a doença estava a evoluir. Perguntei-lhe se tinha entendido o que lhe disse, ao que ele respondeu ‘Ah entendi. Então tenho uma infeção urinária, Sra. enfermeira. Sabe hoje joga o nosso Benfica. Amanhã falamos sobre o jogo mas se perdermos não falamos do assunto, está bem?’

Neste caso do Sr. B. a situação pode parecer simples mas eu tinha um compromisso para com ele. Depois de conseguir criar uma relação terapêutica com o cliente, ele confiou em mim para expressar os seus receios. Ele tinha criado expectativas relativamente a mim e eu tinha a obrigação ética e moral de ter uma comunicação eficaz para com ele. Nesta situação consegui colocar em prática três competências básicas da comunicação em cuidados paliativos: a escuta ativa, a compreensão empática e o feedback. Senti-me bastante confiante nesta situação e acabei por perceber que quando nos sentimos confiantes a comunicar o discurso flui e as estratégias estão implícitas nele.

Na relação terapêutica em cuidados paliativos, a comunicação – enquanto processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes – é um veículo central na abordagem clínica. Como tal, detêm uma função

essencial, tão importante como a realização de diagnóstico ou a seleção de terapêutica adequada (Neto I. et al)

A comunicação eficaz também pode ser um verdadeiro ansiolítico. Foi o caso a Dona A. *Esta cliente vivia com o marido, não tinham filhos. De antecedentes tinha uma neoplasia pulmonar sujeita a quimioterapia em 2008, uma neoplasia do estômago diagnosticada neste hospital, em Julho, mas decidiu desistir do acompanhamento nesta instituição e foi para outra onde lhe foi também diagnosticado uma neoplasia mamária. Depois de vários exames complementares de diagnóstico e tratamentos decidiu recorrer à Unidade de Cuidados Paliativos. Era uma utente bastante fria na abordagem, discurso contido, com perfil ansioso e apelativo e difícil de gerir o seu desconforto físico. Não era de todo empática e houve até que referisse 'Não deve ter sido boa pessoa. Coleciona cancros e nunca nada está bem para ela. Já cá estive e pedi alta contra parecer médico e agora volta...'. Afirmação forte, despropositada e até chocante mas, fora todo e qualquer juízo de valor, a verdade é que era uma pessoa bastante ansiosa e tocava bastantes vezes à campainha para solicitar apoio. Num dos nossos turnos ficámos com a Dona A. e decidimos levá-la a passear fora do quarto para uma sala de estar que a unidade tem, com o intuito de conversar com ela e tentar perceber o porquê daquela ansiedade e apelatividade. Por espanto meu, a conversa fluiu bastante bem e a Dona A. contou-nos um pouco da sua história: a sua profissão, a sua relação com o marido, as relações extraconjugais do marido, a decisão de não ter filhos, a necessidade de fazer um aborto, a ausência de amizades na atualidade, a não relação com nenhum membro da sua família,... Resumidamente uma vida sofrida e solitária, onde o perdão perdurou e onde a resiliência resistiu. Nesta conferência foram ajustadas expectativas, valorizada coragem e iniciada uma relação terapêutica efetiva. Após esta conversa notei que a Dona A. começou a ser mais empática nas relações, mais controlada no uso da campainha e mais tranquila. Apesar de ter existido também ajuste terapêutico, a conferência que tivemos com ela também teve impacto no controlo da ansiedade. Penso que até na própria equipa houve impacto quanto aquela cliente.*

Podemos dizer que a comunicação eficaz, nesta situação, ajudou tanto a doente como a equipa. Quando um profissional comunica eficazmente ocorrem benefícios tanto para o próprio como para os doentes. Desta forma, os problemas dos doentes são mais facilmente identificados e a tomada de decisões para a sua resolução é mais bem entendida pelo doente. Consequentemente, o nível de ansiedade do doente diminui e o controlo sintomático, a adesão terapêutica e outras medidas tornam-se mais fáceis. Neste caso, também não podemos minorar o facto de o bem-estar dos profissionais de saúde aumentar e assim concluir que uma boa comunicação funciona também como estratégia para a prevenção do burnout.

Inerente à comunicação verbal, está a comunicação não verbal. Apesar de se saber que 75% da comunicação se faz com base em aspectos não verbais, é frequente dedicar-se-lhe pouca atenção. Estes aspectos podem complementar e reforçar a mensagem dita ou, pelo contrário, torná-la menos credível e consistente. Existem duas grandes áreas da comunicação não verbal: a linguagem corporal (expressão facial, contacto visual, postura e contacto físico) e a linguagem paraverbal (qualidade da voz e segredos vocais). Mas o profissional de saúde não tem de estar apenas preocupado na sua linguagem não verbal como locutor mas também à linguagem verbal do receptor/doente, pois também ela nos dão informações importantes sobre o seu estado. Por exemplo:

A Dona M.T., sessenta e poucos anos, viúva desde os 28, empresária do sector agrícola, era natural do Alentejo onde tinha a sua vida organizada, tinha uma filha e três netos. Uma vida preenchida sempre a pensar nos outros e desde à nove meses confinada ao leito da cama, com mobilidade reduzida devido a um cancro que lhe foi diagnosticado já com metástases ósseas e da cauda equina. Apesar de aparentemente bem e muito conversadora notava-se na sua comunicação não-verbal ansiedade (fala sempre apressada) e quando conversávamos mais um pouco começava a verbalizar a sua angústia e o desejo de desistir de tudo. Depois de criar uma comunicação empática com ela acabou por verbalizar essa mesma ansiedade e angústia, 'estou na cama à 9 meses; já não me importo com nada; sempre ajudei os outros e fiz tudo e agora estou assim, à espera que os outros tratem de mim e me vejam assim. Se pudessem podiam-me por a

dormir para sempre'. Chegou á Unidade de Paliativos, sintomaticamente descontrolada (dor, angústia, insegurança e ansiedade) . Percebeu-se que era urgente a nossa intervenção neste sentido. Tomar a comunicação como estratégia terapêutica até conseguirmos controlar farmacologicamente os sintomas. A sua comunicação verbal era incoerente face à comunicação não verbal. E foi o treino nesta área da comunicação que fez com que toda a equipa, inclusive eu, notássemos que existiam coisas urgentes a resolver neste caso. Nesta situação a comunicação eficaz e treinada foi o pilar para a relação terapêutica.

Depois de enumerar algum dos casos clínicos que ocorreram durante o meu estágio, posso concluir que o desenvolvimento de estratégias de comunicação esteve bastante intrínseco na minha prática e que foi uma mais valia para o decorrer do ensino clínico. Percebi que quando nos sentimos seguros a comunicar, os cuidados também se tornam mais seguros e a nossa ansiedade, face a situações mais frágeis, acaba por diminuir, pois sabemos efetivamente como conduzir o discurso. Os aspectos que envolvem o processo de comunicação são alvo de rigor, técnica e treino e devem merecer igual importância por parte dos profissionais de saúde quando comparados com outras técnicas ou procedimentos . Nesta área a tecnologia é o tempo e o espaço, e as ferramentas mais importantes de trabalho são a palavra e a escuta.

Referências Bibliográficas:

- Gask, L. A identificação dos problemas emocionais e psicossociais. In: Corney R. Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em Medicina (2000). 2ª edição. Lisboa. Climepsi Editores. p. 60-69
- Neto, I *et al.* (2016). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro de Bioética. 3ª edição. p 815-831. ISBN 978-972-9349-37-9
- Sancho M.G. (1999), Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid. Aran.

Mestranda: Isabel Godinho Relvas

Orientadora: Maria de Lurdes Martins

Data: 20 de Dezembro 2018

APENDICE V

Journal Club: “Cuidados Paliativos, os Cuidados Intensivos do Conforto”